

**RIGLYNE VIR 'N HULPVERLENINGSPROGRAM AAN 'N GESIN
MET 'N BREINBESEERDE KIND**

deur

LOUIS JOHANNES JACOBUS VAN WYK

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir
die graad

MAGISTER EDUCATIONIS - MET SPESIALISERING IN VOORLIGTING

in die

DEPARTEMENT SIELKUNDIGE OPVOEDKUNDE

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: PROF A C LESSING

JUNIE 1996



Hiermee wil ek graag prof. A.C. Lessing as studieleier opreg bedank vir al die hulp en leiding aan my verleen.

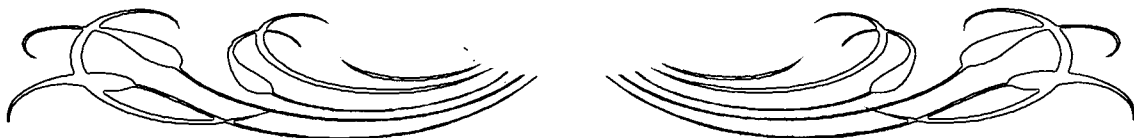
Ek wil ook my vrou Linda, en my kinders Maryke en Lóhann bedank vir hulle belangstelling, bystand, hulp en ondersteuning tydens hierdie studie. Dankie dat julle "verstaan" het dat ek nie altyd in julle pret kon deel nie al wou ek baie graag.

Mev. V. Terblanche, as tikster, en mev. L. Labuschagne, as taalversorger, baie dankie vir u bydrae.

Ook 'n besondere woord van dank aan die hoof en personeel van die Woodside Sanctuary, die Hamlet School en die School for the Cerebral Palsied vir u hulp met die empiriese navorsing.

Geldelike bystand is verleen deur die Transvaalse Onderwys Departement ten opsigte van die onkoste verbonde aan hierdie studie, en word met dank erken.

Ek bevestig dat hierdie verhandeling, vertolkings en gevolgtrekkings waartoe gekom is, dié van die skrywer is.



ABSTRACT

GUIDELINES FOR THE IMPLEMENTATION OF A SUPPORT PROGRAMME FOR THE FAMILY WHERE A CHILD HAS SUSTAINED A BRAIN INJURY

by: LOUIS JOHANNES JACOBUS VAN WYK

JUNE 1996

ADVISOR: A C LESSING

MAJOR: EDUCATIONAL PSYCHOLOGY

DEGREE: MAGISTER EDUCATIONIS (COUNSELLING)

In this study an instrument is suggested for implementation by the Educational Psychologist to design a support programme, aimed at handling family members' stress where a child has sustained a brain injury.

Attention was paid to the phenomenon "brain injured child" to ascertain demands and needs (physical, cognitive, psychological and emotional). Specific note was taken of the toll on each family member in their observance, experience, assistance and giving meaning to the child. Reference was made to existing support programmes for such family members from the acute care phase to the final acceptance and re-adjustment of the family.

With this study the need for a continuous support programme and the contents of such a programme was addressed. Using these guidelines the Educational Psychologist will be able to prepare the family for the stress possibilities in dealing with the brain injured child.

KEYWORDS

FAMILY COUNSELLING: FAMILY THERAPY: MENTAL HEALTH
COUNSELLING: FAMILY STRESS: SOCIAL SUPPORT: BRAIN INJURY:
FAMILY AND HELP: RESOURCES AND STRESS: PSYCHOSOCIAL
STRESS: STRESSFUL LIFE EVENTS: COPING: POST-TRAUMATIC
STRESS

ABSTRAK

RIGLYNE VIR 'N HULPVERLENINGSPROGRAM AAN 'N GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND

DEUR: LOUIS JOHANNES JACOBUS VAN WYK
DATUM: JUNIE 1996
STUDIELEIER: PROF. A C LESSING
DEPARTEMENT: SIELKUNDIGE OPVOEDKUNDE
GRAAD: MAGISTER EDUCATIONIS (SPESIALISERING IN
VOORLIGTING)

Met hierdie studie is 'n instrument daargestel vir die ontwerp van 'n hulpverleningsprogram vir gebruik deur die Opvoedkundige Sielkundige. Hierdie hulpprogram het as doel, die hantering van stres, deur die gesin van 'n kind, wat 'n breinbesering opgedoen het.

In die studie is aandag gegee aan die tipiese gedrag wat oor die algemeen van 'n breinbeseerde kind verwag kan word. Daar is ook gepoog om te bepaal hoe elke lid van die gesin die breinbeseerde kind beleef, aan hom betekenis gee, en hom probeer help ten opsigte van die eise (fisiek en emosioneel) wat hy stel. Verder is daar gekyk na bestaande hulpverlening (gerig op die hantering van stres) aan die gesinslede van 'n breinbeseerde kind vanaf die akute versorgingsfase tot en met die aanpassing en herorganisering van die gesin.

Met hierdie studie is 'n behoefte aan 'n kontinue hulpverleningsprogram en die inhoud van so 'n program by gesinslede aangespreek. Aan die hand van die riglyne sal die Opvoedkundige Sielkundige 'n gesin kan voorberei op die stres wat hulle ten opsigte van die hantering van 'n breinbeseerde kind te wagte kan wees.

Deurgaans in hierdie studie word daar verwys na die kind as "hy". Dit was 'n arbitrêre keuse siende dat daar breinbeseerde seuns én dogters is. Dit sou egter te lomp gewees het om voortdurend na "hy en/of sy" of "hom en/of haar" te verwys.

HOOFSTUK 1

ORIENTERING, PROBLEEMONTLEDING EN PROGRAM VAN ONDERSOEK

	Bladsy
1.1 Inleiding	2
1.2 Probleemontleding	8
1.2.1 Bewuswording	9
1.2.2 Verkenning	12
1.2.3 Probleemstelling	15
1.3 Navorsingsdoelstelling	16
1.3.1 Algemene doelstelling	16
1.3.2 Spesifieke doelstelling	16
1.4 Begripsverklaring	17
1.4.1 Die Gesin	18
1.4.2 Die Kind	18
1.4.3 Breinbesering	19
1.4.3.1 Lokale breinbesering	20
1.4.3.2 Polêre breinbesering	21
1.4.3.3 Diffuse breinbesering	21
1.4.4 Hulpverleningsprogram	22
1.4.4.1 Hulpverlening	22
1.4.4.2 Gesinsversorgingsprogram	23
1.4.4.3 Hulpverlening	23
1.5 Afbakening	23
1.6 Metode van ondersoek	24
1.7 Program van ondersoek	24
1.8 Samevatting	25

HOOFSTUK 2

DIE BREINBESEERDE KIND

2.1	Inleiding	27
2.2	Breinbesering by kinders	27
2.2.1	Omvang van breinbesering	28
2.2.2	Oorsake van breinbesering by kinders	28
2.2.3	Voorkoms van breinbesering	29
2.3	Prognose na breinbesering	29
2.4	Tipiese funksionering van 'n breinbeseerde kind	30
2.4.1	Motoriese funksionering	33
2.4.2	Sensories-perseptuele funksies	35
2.4.3	Aandag en konsentrasie	37
2.4.4	Geheue	41
2.4.5	Spraak en taal	43
2.4.6	Persoonlike en sosiale gedrag	47
(i)	Selfversorgingsverliese	50
(ii)	Gedragsprobleme wat primêr van aard is	50
(iii)	Interpersoonlike vaardigheidsverliese	52
2.4.7	Kognitiewe gedragsversteurings, abstraksie, probleemoplossing, logika, analise en sintese	54
2.4.8	Vermoeidheid en stres	58
2.5	Breinbesering tydens verskillende fases van brein ontwikkeling	59
2.6	Samevatting	62

HOOFSTUK 3

DIE GESIN SE BELEWING VAN DIE BREINBESEERDE KIND EN DIE STRES WAT DAARMEE GEPAARD GAAN

3.1	Inleiding	64
-----	-----------	----

3.2	Die belewinge van die gesin van 'n breinbeseerde kind	64
3.3	Stadia van gesinsaanpassing	67
3.3.1	Primêre fase	69
3.3.1.1	Gevoelens van intense skok en angs	69
3.3.1.2	Ontkenning	70
3.3.1.3	Verdriet, depressie en onttrekking	72
3.3.2	Sekondêre fase	74
3.3.2.1	Woede	74
3.3.2.2	Skuld	76
3.3.2.3	Teenstrydige gevoelens	77
3.3.2.4	Skaamte en verleentheid	77
3.3.3	Tersiêre fase	78
3.3.3.1	Onderhandeling	78
3.3.3.2	Herorganisering	78
3.3.3.3	Aanvaarding en aanpassing	79
3.4	Bronne wat stres by die gesin veroorsaak	81
3.4.1	Onsekerheid oor die prognose	82
3.4.2	Veranderinge in kognitiewe funksionering en persoonlikheid van die breinbeseerde	83
3.4.3	Die eise van langtermynrehabilitasie vir die gesin	85
3.4.4	Finansies	86
3.4.5	Die vraag of die gesin van die breinbeseerde kind as gesin sal oorleef	88
3.5	Die gesinne van breinbeseerde kinders se verwerking van stres	93
3.5.1	Die gesin en die breinbeseerde kind	94
3.5.2	Bronne tot beskikking van die gesin van 'n breinbeseerde kind	96

3.5.3	Hoe gesinne stres hanteer	98
3.6	Samevatting	99
HOOFSTUK 4		
BESTAANDE SIELKUNDIGE HULPVERLENING VIR STRESHANTERING AAN DIE OUERS EN ANDER GESINSLEDE VAN 'N BREINBESEERDE KIND		
4.1	Inleiding	102
4.2	Hulpverleningsbehoefte van gesinslede	103
4.3	Bestaande hulpverlening aan ouers en ander gesinslede	107
4.3.1	Ouerbegeleiding	108
4.3.1.1	Inligting aan ouers	108
4.3.1.2	Konsultasie	108
4.3.1.3	Opleiding	109
4.3.2	Gesinsterapie	110
4.3.3	Terapie vir die breinbeseerde se broers en susters	110
4.3.4	Die sosiale netwerk van ingryping	111
4.3.4.1	Die metode van sosiale netwerk-stigting	112
4.3.5	Inrigtings en organisasies	112
4.4	Gesinsreaksies en sielkundige streshanteringsgerigte hulpverlening	113
4.4.1	Eerste stadium : Blydschap en vreugde	115
4.4.2	Tweede stadium : Angstigheid en onsekerheid	116
4.4.3	Derde stadium : Ontmoediging en skuldgevoelens	117
4.4.4	Vierde stadium : Depressie	118
4.4.5	Vyfde stadium : Rou	119
4.4.6	Sesde stadium : Herorganisering	120

4.5	Die algemene bydrae en waarde van Opvoedkundige Sielkundige hulp	121
4.6	Samevatting	124
HOOFSTUK 5		
NAVORSINGONTWERP		
5.1	Inleiding	129
5.2	Die doel en navorsingsprobleem van die empiriese ondersoek	129
5.3	Verkenningsmedia	129
5.3.1	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening	130
5.3.2	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	135
5.3.3	Bepanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie	136
5.4	Selektering van proefpersone	145
5.4.1	Selekteringsvraelys	146
5.4.2	Herselekteringsvraelys	148
5.5	Navorsingstegniek	149
5.5.1	Samestelling van fokusgroepe	150
5.5.2	Vorbereiding van die moderatorsgids	152
5.6	Moderatorsgids	153
(i)	Doel met fokusgroepe navorsing	153
(ii)	Subdoelstelling	154
(iii)	Eksterne Stimuli (Verkenningsmedia)	154
(iv)	Oudio-visuele Media	154
(v)	Lokaal	154
(vi)	Selektering van deelnemers aan die fokusgroep	155
(vii)	Ligte verversings	155

(viii)	Name van Deelnemers	155
(ix)	Stimulusvrae	155
(x)	Moderatorsverslag	157
5.7	Empiriese ondersoek en verwerking van fokusgroep- resultate	157
5.7.1	Doel van die empiriese ondersoek	158
5.7.2	Bespreking	158
5.7.2.1	Fokusgroep The Hamlet School	158
(i)	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening	158
(a)	Akute versorgingsfase	159
(b)	Diagnostiese stadia van aanpassing	160
(ii)	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	162
(iii)	Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie	165
5.7.2.2	Bespreking van die fokusgroep- bespreking: The Hamlet School	165
(i)	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening	166
(a)	Akute versorgingsfase	166
(b)	Diagnostiese stadia van aanpassing	166
(ii)	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	167
(iii)	Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie	167
(iv)	Samevatting en gevolgtrekking	168
5.7.2.3	Fokusgroep : Woodside Sanctuary	168
(i)	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening	168
(ii)	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	168

(iii)	Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie	168
5.7.2.4	Bespreking van die fokusgroep- bespreking : Woodside Sanctuary	168
(i)	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart	169
(ii)	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	170
(iii)	Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie	170
(iv)	Samevatting en gevolgtrekking	170
5.8	Samevatting	171
HOOFSTUK 6		
BEVINDINGE EN SAMEVATTING		
6.1	Inleiding	173
6.2	Bevindinge uit die literatuur	173
6.3	Bevindinge uit die empiriese ondersoek	174
6.3.1	Inleiding	174
6.3.2	Bevindinge en resultate uit die fokusgroep- ondersoek	175
6.3.3	Gevolgtrekkings	177
6.4	Gevolgtrekking van die studie	185
6.5	Implikasie van die studie	185
6.6	Aspekte wat verdere ondersoek regverdig en aanbevelings	186
6.7	Leemtes in die studie	186
6.8	Ten slotte	188
BIBLIOGRAFIE		189

Bylaag A	Loodsondersoek - Vraelys	201
Bylaag B	Doman-Delacato Ontwikkelingsprofiel	204
Bylaag C	Portland Adaptability Inventory (PAI) (soos aangepas deur skrywer)	207
Bylaag D	Kontinue Diagnostiese Verslagkaart: Riglyne vir Sielkundige Hulpverlening	213
	Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind	
	Beplanning vir 'n Hulpverleningsprogram: Riglyn tot Aksie	

HOOFSTUK 1

ORIENTERING, PROBLEEMONTLEDING EN PROGRAM VAN ONDERSOEK

- 1.1 INLEIDING
- 1.2 PROBLEEMONTLEDING
 - 1.2.1 BEWUSWORDING
 - 1.2.2 VERKENNING
 - 1.2.3 PROBLEEMSTELLING
- 1.3 NAVORSINGSDOELSTELLING
 - 1.3.1 ALGEMENE DOELSTELLING
 - 1.3.2 SPESIFIEKE DOELSTELLING
- 1.4 BEGRIPSVERKLARING
 - 1.4.1 DIE GESIN
 - 1.4.2 DIE KIND
 - 1.4.3 BREINBESERING
 - 1.4.3.1 LOKALE BREINBESERING
 - 1.4.3.2 POLêRE BREINBESERING
 - 1.4.3.3 DIFFUSE BREINBESERING
 - 1.4.4 HULPVERLENINGSPROGRAM
 - 1.4.4.1 HULPVERLENING
 - 1.4.4.2 GESINSVERSORGINGSPROGRAM
 - 1.4.4.3 HULPVERLENING
- 1.5 AFBAKENING
- 1.6 METODE VAN ONDERSOEK
- 1.7 PROGRAM VAN ONDERSOEK
- 1.8 SAMEVATTING

HOOFSTUK I

ORIËNTERING, PROBLEEMONTLEDING EN PROGRAM VAN ONDERSOEK

1.1 INLEIDING

Die ernstige, traumatiese breinbesering van 'n kind hou verskeie gevolge vir 'n gesin in. Breinbesering is 'n gebeurtenis wat die lewens van mense in 'n oomblik kan verander, aangesien dit 'n wye en verlamende invloed op die individu en sy gesin het. Breinbesering kan 'n invloed op elke intellektuele, fisieke, psigiese en sosiale gedragsaspek van menslike funksionering uitoefen. Ouers word daarom dikwels deur hospitaalpersoneel en medici aangeraai om hulle breinbeseerde kind in 'n inrigting te plaas waar hy die nodige sorg en hulpverlening kan ontvang. Ouers het in die neem van dié besluit, egter deurlopend hulp en steun nodig. Hulle vrae en onsekerheid, wat tot stres kan lei, moet uit die weg geruim word.

Danksy verbeterde moderne mediese tegnieke en tegnologiese ontwikkeling op neuroradiografiese gebied soos byvoorbeeld rekenaar-tomografiese skandering (*Computerised Tomographic Scanning* of *CT scan*), magnetiese weerklinkbeelding (*Magnetic Resonance Imaging* of *MRI*) en posisie-uitstralingstomografie (*Position Emission Tomography* of *PET*), effektiewe nooddienste, mediese sorg, die moderne farmakologie en trauma mikro- en neurochirurgiese ingrypings, is daar 'n aansienlike toename in die aantal pasiënte wat hoofbeserings oorleef (Bigler 1988:476; Meyer 1993:31).

Daar is verskeie benaderings en programme, elk met bepaalde voor- en nadele, tot hulpverlening aan die breinbeseerde kind (Doman 1988:262; Kleynhans 1993:18; Solarsh Katz & Goodman 1990g:17). Die doel van dié programme is om onder andere die gaping tussen die neurologiese ouderdom en die kronologiese ouderdom van die breinbeseerde kind te verklein en om die pasiënt se lewenskwaliteit te verbeter. Die mate waarin sukses met die programme behaal word hang af van die oorspronklike toestand van die brein ná die besering én van die volgehoue samewerking van al die betrokke partye (Kreutzer, Gordon & Wehman 1989:128).

'n Hulpverleningsprogram vir die breinbeseerde kind kan egter oor etlike jare strek en het soms 'n ernstige impak op die ander lede van die gesin en die gesinslewe (Solarsh Katz & Goodman 1990h:112). Doman (1988:262) het in dié opsig 'n ontwikkelingsprofiel ontwerp (kyk Hoofstuk 2), waarmee die moontlike tydsduur bereken kan word wat dit die breinbeseerde kind sal neem om neurologiese volwassenheid te bereik, teen die tempo van huidige vordering. Tydsduur is 'n kritiese faktor, omdat die gesin 'n aanduiding moet hê van hoe lank hulle met die hulpprogram sal moet volhou. Die gesinslede se motivering en deursettingsvermoë is verder direk gekoppel aan die breinbeseerde kind se vordering, asook aan die duur van die program (Doman 1988 : 263).

Breinbesering by kinders word algemeen met gedragsprobleme geassosieer. Die breinbeseerde se grootste probleem is waarskynlik meestal psigososiaal en gesinsverwant van aard eerder as fisiek. Dit is daarom noodsaaklik dat die kind nie net op neurologiese gebied hulp moet ontvang nie, maar ook op psigososiale en interpersoonlike gebied (Ekberg 1984 : 36-38).

Die gesin moet op hulle beurt die kind aanvaar, sy breinbesering verwerk, by die kind aanpas, en poog om as gesin so stabiel moontlik te bly, aangesien dit dikwels die sleutel tot suksesvolle rehabilitasie en heropname van die kind in die samelewing is. Hiervoor is 'n hulpprogram nodig wat nie net steungewend is nie maar ook professionele hulp insluit.

Verskeie persone werk mee aan die diagnosering van breinbesering, waaronder die Algemene Praktisyn, die Pediatriese Neuroloog en die Opvoedkundige Sielkundige. Die Algemene Praktisyn diagnoseer gewoonlik eerstens 'n moontlikheid van breinbesering en verwys die pasiënt na 'n pediater. Indien die pediater 'n breinbesering diagnoseer sal hy die kind na 'n Pediatriese Neuroloog verwys wat, benewens die neurologiese ondersoek (wat 'n normale, asook 'n slaap-EEG insluit), ook op die volgende sal let:

- harde tekens van breinskade byvoorbeeld hemiplegia, apraxia, ataxia ens;
- abnormale of afwesige refleksse;
- afwyking in normale oogfokus;
- abnormale oogbewegings;
- invloed van verskillende kragte op kante van die liggaam;
- kliniese tekens (Berko, Berko & Thompson 1970:3).

Waar die pasiënt na 'n Opvoedkundige Sielkundige verwys word, kan breinskade bepaal word deur 'n neuropsigologiese ondersoek te doen, wat die volgende kan insluit:

- intellektuele toetse
- perseptuele toetse
- verbale toetse
- akademiese prestasie toetse
- projeksie toetse

Verder sal die **Opvoedkundige Sielkundige** op die volgende let:

- tekens van breinskade;
- ontoereikende abstrakte redeneringsvermoë;
- ontoereikende woordeskat;
- probleme met lang- en korttermyngeheue;
- probleme met die uitwys van verskille en ooreenkomste tussen voorwerpe;
- perseptueel-motoriese probleme;
- onvermoë om van een na 'n ander meer gepaste respons oor te skakel (perseverasie);
- onvermoë tot die verstaan van abstrakte taal;
- onvermoë om 'n logiese gesprek te voer;
- ontoereikende konsentrasievermoë;
- die onvermoë om stil te sit;
- wisseling in emosionele stabiliteit (Berko et al. 1970:3; Golden 1978:102-103; Rosenthal, Bond, Griffith & Miller 1990:61).

Dit is belangrik om neurologiese en sielkundige afwykings in jong breinbeseerde kinders vroeg reeds te herken ten einde emosionele afwykings of wanaanpassing van die kind op skool suksesvol te beheer en te probeer voorkom (Black 1981:131).

Die postnatale oorsake van fisiologiese breinbesering is legio; hier word slegs enkele van hulle genoem:

- Aanranding;
- Skietwonde;
- Motorongelukke;
- Hartstilstand gedurende chirurgie;
- Verdrinking;

- Vergiftiging;
- Valongelukke, byvoorbeeld baba wat uit sy wiegie val;
- Asfiksie (Wanneer die baba na geboorte nie onmiddellik begin asemhaal nie, kom asfiksie voor wat tot breinskade kan lei) (Smith 1979:26; Vedder 1975:187).
- Bloeding op die brein as gevolg van drukking, 'n ongeluk of 'n stamp teen die kop;
- Siektes wat met hoë koors gepaard gaan, byvoorbeeld:
 - siektes wat deur bakterieë veroorsaak word (enkefamiëlitis, meningitis, enkefalitis);
 - siektes wat deur fungi veroorsaak word (toksoplasmose en histoplasmose);
 - siektes wat deur virusse veroorsaak word (hondsdolheid, polio, masels) (Du Preez & Steenkamp 1980:28; Gaull 1975:324; Lessing 1994a:20; Smith & Neisworth 1975:45-51).
- Perinatale oorsake wat insluit:
 - * 'n Premature geboorte;
 - * Te lang swangerskap (babas wat te laat gebore word);
 - * Anoksie (anoxia) - gesien as een van algemeenste oorsake van breinskade (Gaull 1973a:319);
 - * Komplikasies by die geboorteproses (Solarsh et al.1990h:67; Tornopol 1974:25; Wunderlich 1970:18).

Vir 'n ouer van 'n eens normale kind is dit uiters moeilik om te aanvaar dat sy breinbeseerde kind anders as ander kinders van dieselfde kronologiese ouderdom is. Die proses van aanvaarding en aanpassing geskied teen wisselende tempo, afhangende van hoe opsigtelik die kind se gestremdheid na die breinbesering is.

Ouers skakel dikwels met medici om presies vas te stel wat met hulle kind verkeerd is en hoe hulle die breinbeseerde kind kan help. Die algemene praktisyn verwys hulle gewoonlik na 'n neuroloog wat óf medikasie voorskryf óf die ouers konfronteer met die feit dat hulle hul kind moet aanvaar en hulle uitdaag om by hom aan te pas (Anderson 1963:28-30; Beukes 1995; De Villiers 1995).

Ouers, veral die moeder, mag daarvan aangekla word dat hulle te emosioneel by die kind betrokke is, of dat hulle neuroties raak. Sommige medici waag beleefd opinies maar bied die ouers weinig hoop (Anderson 1963:30; Beukes 1995; De Villiers 1995; Labuschagne 1993).

Uiteindelik kom die ouers tot die besef dat dit uitsluitlik hulle probleem is en dat hulle self die mas sal moet opkom (Anderson 1963:30; Beukes 1995; De Villiers 1995; Sasser 1993). Hulle maak ook dikwels kontak met steungroepe of met ander ouers wat ook 'n breinbeseerde kind het, wat hulle na ander steungroepe, fisioterapeute of neuro-ontwikkelingsterapeute verwys (Birkenstock 1993; Kleynhans 1993:20).

Een van die bekendste metodes waarvan neuro-ontwikkelings-terapeute gebruik maak om breinbeseerde kinders van hulp te wees, ook in Suid-Afrika, is die Domanprogram. Dié program is aan die "Institute for the Achievement of Human Potential" in die VSA, onder leiding van Glenn Doman en sy span ontwikkel. Doman het verskeie tegnieke en hulpmiddels ontwikkel om 'n breinbeseerde kind se motoriese, taal-, visuele, ouditiewe en taktiele vermoëns te evalueer en te ontwikkel (Doman 1988:2).

Ander bekende programme is dié van dr Mike Downey van die St Briavels-sentrum vir Kinderontwikkeling in Wallis (Kleynhans 1993:20) en die Startprogram (Strive towards achieving results together) (Solarsh et al. 1990g :7-43; Solarsh et al. 1990h:111-182).

Eersgenoemde, Doman, asook ander terapieprogramme vir die breinbeseerde kind, is intensiewe programme wat met die kind gedoen moet word vir tydperke van tot 192 maande (sestien jaar) lank. Die doel met dié programme is om die kind te help om die gaping tussen sy neurologiese en kronologiese ouderdom te verklein, sodat hy uiteindelik saam met sy ouderdomsgenote (portuurgroep) in die samelewing opgeneem kan word.

Die alternatief mag wees dat die breinbeseerde kind die res van sy lewe in 'n inrigting sou moes deurbring (Doman 1988:265). So ver daar vasgestel kon word, bestaan daar egter geen georganiseerde hulpverleningsprogram vir die lede van 'n breinbeseerde kind se gesin nie.

Om die breinbeseerde kind tuis te versorg, is vir elke gesin 'n individuele aangeleentheid om oor te besin. Elke gesin moet aan die hand van hulle eie omstandighede 'n besluit neem wat hulle toekoms, hulle finansies en hulle gewetens sal raak. Die besluit moet álle lede van die gesin in ag neem. Min ouers en ander gesinslede besef aanvanklik watter ontsaglike groot en vermoeiende taak hulle op hulle neem as hulle besluit om self die breinbeseerde te versorg. Dit verg fisieke en geestelike krag, energie en deursettingsvermoë van hulle (Kleynhans 1993:20; Labuschagne 1995; Sasser 1993; Solarsh et al. 1990h:112). Die hele gesinsroetine tuis sal aangepas moet word om die breinbeseerde kind te akkommodeer. Selfs die sosiale verpligtinge en vakansies van die gesin sal verandering ondergaan om die breinbeseerde kind met al sy probleme en beperkinge te akkommodeer.

1.2 PROBLEEMONTLEDING

In die ontleding van die probleem word daar aan die bewuswording en verkenning van die probleem aandag gegee, waarna die probleem eksplisiet gestel word.

1.2.1 Bewuswording

Op 22 Mei 1988 het Rudolph (fiktief), 'n woelige, bekkige kleuter saam met sy ouers by vriende van die gesin gekuier. Die vriende het 'n swembad gehad waarin geen kind sonder volwasse toesig toegelaat is nie. Skuins na middagete het Rudolph se broer, Petrus, besef dat hy Rudolph, sowat vyftien minute laas gesien het.

Vervaard het die hele gesin 'n soektog op tou gesit. Binne minute het Petrus vir Rudolph gekry waar hy in die swembad dryf; hy het hom dadelik uitgehaal. Daar is onmiddellik kunsmatige asemhaling en hartmassering toegedien. Die paramedici was binne minute op die toneel. Rudolph was reeds blou in die gesig. Die paramedici het die kunsmatige asemhaling en hartmassering voortgesit. Met sy aankoms by die hospitaal was Rudolph se toestand uiters kritiek: hy is in die intensiewe sorgeenheid geplaas. Na skokbehandeling is 'n hartklop waargeneem. Neuroloë het vasgestel dat sy brein geswel is. Rudolph is aan 'n respirator gekoppel en medikasie is toegedien om die breinswelling te probeer verminder.

Op die derde dag ná die ongeluk is Rudolph se ouers deur 'n pediater ingelig dat hulle seun moontlik breinskade opgedoen het. Na tien dae is twee afsonderlike EEG's geneem, waartydens veelvuldige breinbeserings waargeneem is. Neuroloë het erge breinskade vermoed maar dié feit is nie in daardie stadium aan die ouers bekend gemaak nie. Die prognose was dat daar min hoop op selfs 'n geringe herstel by Rudolph was.

Rudolph se ouers het in dié stadium nie werklik geweet wat die omvang van die breinbesering was of hoe dit die gesin in die toekoms sou raak nie. Rudolph was ineengekrimp en voortdurende spasmas het plek-plek in sy liggaam voorgekom.

Hy het meer as drie weke in die hospitaal deurgebring. Die mediese behandeling en nasorg wat Rudolph in die hospitaal gekry het was volgens sy ouers uitstekend. 'n Maatskaplike werkster in diens van die hospitaal het gesê hulle moet liever probeer aanvaar dat Rudolph nooit weer die normale seuntjie sou wees wat hulle voor die ongeluk geken het nie. Sy het hulle ook probeer oorreed om Rudolph in 'n inrigting te plaas. Dit is as die enigste oorweging aan die ouers gestel. Volgens die maatskaplike werkster moes Rudolph nooit toegelaat word om huistoe te gaan nie en moes hy in die hospitaal agtergelaat word.

Rudolph se ouers het egter geglo dat hy wel gehelp kon word. Talle pediater, neuroloë en inrigtings soos ondermeer die TMI (*Transvaal Memorial Institute*) is om hulp genader. Fisioterapeute en refleksoloë is genader om te help om Rudolph se spiere soepel te kry en te hou. Toe het die ouerpaar van dr Mike Downey van die St. Briavels-sentrum vir Kinderontwikkeling in Wallis gehoor.

Dr Downey besoek Suid-Afrika gereeld om sy Suid-Afrikaanse pasiënte se vordering te moniteer; 'n afspraak is vir dr Downey se volgende besoek aan Suid-Afrika vir Rudolph gemaak. 'n Hulpprogram is deur dr Downey en sy span vir Rudolph uitgewerk, nadat hy vir twee dae ondersoek, geëvalueer en aan toetse onderwerp is. Die tuisprogram wat dr Downey voorgeskryf het, het tot twaalf ure per dag van die gesin se tyd in beslag geneem vir 'n tydperk van langer as ses maande. Met die tweede besoek aan dr Downey was Rudolph se vordering fenomenaal en die gesin het selfs gehoop dat Rudolph volkome sou herstel. Na 'n verdere vier-en-twintig maande se volharding was die gesinslede egter bykans totaal uitgeput. Rudolph het wel vordering gemaak met die basiese vaslegging van vaardighede soos sluk, reuk, sig en asemhaling (aspekte waarmee hy ná sy ongeluk probleme gehad het), maar het nog groot uitvalle getoon.

Die spanning waaronder die tuisbehandeling en breinbesering die ouerpaar geplaas het, was by tye so groot dat dit geweldige stres op huweliks- en gesinsinteraksie geplaas het. Die oudste seun (in standerd sewe ten tye van die ongeluk) het ongeag sy talent die Drakensbergse Seunsskool verlaat om sy broer en die gesin by te staan. Tans, sewe jaar na die ongeluk, vind die gesin dit steeds baie moeilik om 'n balans tussen hul eie lewens, die onderlinge invloed van die ongeluk op mekaar se lewens en die invloed wat Rudolph se versorging op hul lewens het, te handhaaf. Rudolph is nou elf jaar oud en weeg nagenoeg twintig kilogram; dit word al hoe moeiliker om hom met sy program te help. Die gesin vind dit moeilik om hom te voed, sy doeke om te ruil en hom te bad en aan te trek.

Rudolph word nog twee keer per jaar deur dr. Downey ondersoek en geëvalueer en twee opgeleide huishulpe is tien ure per dag besig om dr. Downey se program met hom te volg. Rudolph is ook in 1995 na die Robert W. Bradford Research Institute, Chula Vista in die VSA geneem vir breinselinspuitings en het in dieselfde jaar begin met musiekterapie. Tans (1996) is hy besig met 'n homeopatiese kursus wat gebaseer is op breinselvermeerdering (Sasser 1993; Sasser 1996).

Die warmte en affeksie teenoor mede-gesinslede én teenoor Rudolph ly onder die fisieke en emosionele spanning en stres waaronder die gesin gebuk gaan. Die gesin se werksaamhede, sosiale verkeer en selfs vakansies word rondom Rudolph se welstand en mobiliteit beplan. Die totale verandering in bogenoemde gesin en ander gesinne met 'n breinbeseerde kind, het tot die bewuswording gelei dat die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, nie slegs tydens die gebeurtenis nie, maar ook op die langtermyn ondersteun moet word.

Die bewuswording het die vraag laat ontstaan of daar genoegsame hulpverleningsprogramme bestaan waarmee die gesin van die kind wat 'n breinbesering opgedoen het, ondersteun kan word.

1.2.2 Verkenning

Met die vraag, naamlik of daar nie meer aandag aan 'n langtermynhulpprogram gerig op stres hantering vir die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, behoort gegee te word nie, is 'n literatuurstudie sowel as 'n loodsondersoek aangepak. 'n Loodsondersoek is by Woodside Sanctuary, en aan die Unitas Hospitaal in Verwoerdburg, asook met 'n gesin met breinbeseerde kinders gedoen. Die ondersoek het gehandel oor langtermynhulpverlening aan die gesin, gerig op die hantering van stres deur die lede van gesinne waarin daar 'n breinbeseerde kind of kinders voorkom. Die loodsondersoek is gedoen aan die hand van 'n artikel van Kleynhans (1993:18-20). 'n Vraelys (Bylae A) is as grondslag vir onderhoude met bogenoemde gebruik.

Daar is verder besluit om ter voorbereiding vir die vraelys, na aanleiding van 'n program oor die Woodside Sanctuary op M-Net 1995, 'n besoek aan die Woodside Sanctuary te bring omdat dit:

- 'n veilige tuiste skep vir talle breinbeseerde kinders;
- steun bied aan gesinslede van breinbeseerde kinders;
- opleiding verskaf aan huishulpe wat met die hantering van breinbeseerde kinders gemoeid is;
- dit dagsorg- en vakansiesorg fasiliteite vir breinbeseerde kinders bied (Beukes 1995; De Villiers 1995).

Na afloop van die besoek is daar besluit om 'n loodsondersoek te doen aan die Unitas Hospitaal in Centurion Park (Verwoerdburgstad) omdat:

- daar melding gemaak is in die artikel van Kleynhans van die feit dat die hospitaal van plan was om 'n steungroep vir die gesinne van breinbeseerde kinders op die been te bring;
- Unitas Hospitaal beskik oor 'n pediatriese saal vir breinbeseerde kinders;
- Unitas Hospitaal hulp verleen, op kort- sowel as langtermyn (Kleynhans 1993:18-20).

Laastens is 'n moeder met twee breinbeseerde kinders genader omdat:

- die skrywer wou vasstel of sy 'n behoefte aan 'n langtermynhulpprogram vir gesinslede ervaar.

Die vrae vir die loodsondersoek is positief gestel om te verhoed dat vooroordeel ingebou word. Vrae wat gevra is het gehandel oor die beskikbaarheid van langtermynhulpverlening, ondersteuning en inligting aan die gesinslede van 'n breinbeseerde kind; die behoefte van gesinslede aan langtermynhulpverlening; die voorbereiding van gesinne op stres wat hulle te wagte kan wees binne die gesinsopset; die samestelling van hulpprogramme en hulpverleningsprogramme.

Die volgende gevolgtrekking is na afloop van bogenoemde loodsondersoek gemaak: Daar is geen georganiseerde hulpverleningsprogramme of riglyne vir die gesinne van breinbeseerde kinders nie. Die mate van hulpverlening aan die gesin is beperk tot korttermynhulpverlening. Langtermynhulpverlening hang van die gesin self af indien hulle byvoorbeeld oor die fondse vir sodanige dienste beskik. Laastens is uit die loodsondersoek vasgestel dat daar baie beslis 'n algemene behoefte aan hulpverlening bestaan.

Uit die literatuurstudie en loodsondersoek het dit geblyk dat daar wel in Suid-Afrika, die VSA, Engeland, Australië en Nieu-Seeland inligting aan gesinne van breinbeseerdes verstrek word (Beukes 1995; De Villiers 1995; Doman 1988:2; Kleynhans 1993:20; Mauss-Clum & Ryan 1981:165-169; Solarsh et al. 1990h:111-140; Van Kradenburg 1995). Dit behels die volgende:

- Die gesin word ten opsigte van die breinbeseerde kind se emosionele, fisieke en sosiale behoeftes georiënteer;
- Die gesin word daarop voorberei dat die breinbeseerde kind beperkinge plaas op die normale, stabiele gesin se daaglikse gang, sosiale ervarings en verpligtinge (Anderson 1963:28; Berko et al. 1970:9; Community Development and Training 1995:1-9; Solarsh, Katz & Goodman 1990a:1-20).
- Daar word kursusse en demonstrasies aangebied oor die fisieke toepassing van hulpprogramme op die gebied van mobiliteit, taal, motoriese, visuele, auditiewe en taktiele vaardigheid (Community Development and Training 1995:1-9; Doman 1988:42; Solarsh, Katz & Goodman 1990e: 1-30).
- Daar word hulp verleen aan die gesin om die breinbeseerde kind, wat in mindere of meerdere mate gestrem is, te aanvaar en om nie die breinbesering te ontken nie (Community Development and Training 1995:1-9; Solarsh et al. 1990h:111-182).

Aan 'n hulpverleningsprogram ten opsigte van die welstand en versorging van lede van die gesin, gerig op die gesinslede se hantering van stres, word daar egter nie aandag gegee nie. Die redes hiervoor is moontlik:

- Medici en hospitaalpersoneel is dikwels nie bewus van die erns en die langtermynimplikasies wat traumatiese breinbesering vir die gesin van die breinbeseerde inhou nie. Hulle dra ook nie kennis van die invloed daarvan in terme van reaksie, skuldgevoelens en eise aan elke lid van die gesin nie (Kleynhans 1993:20; Sasser 1993).
- Spesialiteitspersoneel doen onvoldoende opvolgondersoeke, gee te min ondersteuning en is nie betrokke genoeg nie, as gevolg van werkklas, 'n gebrek aan tyd of omdat dit onnodig geag word (Beukes 1995; De Villiers 1995; Kleynhans 1993:20; Sasser 1993; Sasser 1996).

1.2.3. Probleemstelling

Aan die hand van die aanvanklike vraag, naamlik of daar nie meer aandag aan langtermynversorging, gerig op die hantering van stres deur die gesinslede van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, gegee moet word nie, is daar 'n voorlopige literatuurstudie en 'n loodsondersoek na hulpverlening aan die gesin van breinbeseerde kinders gedoen. Uit die ondersoek blyk dat daar wel tydens die aanvanklike behandeling van die kind, inligting aan die gesin verstrekkend word, maar dat daar ontoereikende langtermynversorging ten opsigte van die gesin bestaan. Die loodsondersoek toon duidelik dat die gesin nie voldoende voorberei word op die stres wat hulle ten opsigte van die hantering van die breinbeseerde kind in die gesinsopset te wagte kan wees nie. Verder blyk uit die voorlopige literatuurstudie en loodsondersoek dat daar wel 'n behoefte aan riglyne vir 'n hulpverleningsprogram aan 'n gesin met 'n breinbeseerde kind, gerig op die hantering van stres, by gesinslede bestaan.

Met dié probleem in gedagte kan die volgende vrae gestel word:

- Wie is die breinbeseerde kind?
- Hoe beleef die gesinslede van die breinbeseerde kind die situasie en wat is die aard van die stres wat beleef word?

- Wat is die aard van bestaande hulpverlening ten opsigte van die hantering van stres?
- Hoe kan die gesinslede van die breinbeseerde gehelp word om stres met betrekking tot die breinbeseerde te hanteer?
- Is die hulpverleningsprogram wat op grond van die literatuurstudie saamgestel word, prakties toepasbaar in die praktyk en kan dit positiewe resultate tot gevolg hê?

1.3 NAVORSINGSDOELSTELLING

1.3.1 Algemene doelstelling

Die doel van die ondersoek is die bestudering van die breinbeseerde kind in die gesinsopset. Die kennis wat so ingesamel word, kan as basis dien vir die samestelling van riglyne vir 'n hulpverleningsprogram vir die hantering van stres deur die gesinslede van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het.

Sodanige riglyne vir 'n hulpprogram sal Opvoedkundige Sielkundiges in staat stel om die ouers en gesinslede van die breinbeseerde kind te help om die trauma en stres wat hulle rondom die besering van hulle kind of broer of suster beleef, makliker te verwerk.

1.3.2. Spesifieke doelstelling

Om die algemene doelstelling te kan bereik is dit noodsaaklik om die breinbeseerde kind se gesin te identifiseer, en die toepaslike inligting vir die samestelling van die hulpprogram, soos uit die literatuur bekom, aan die hand van dié gesin(ne), te verifieer.

Die samestelling van 'n hulpverleningsprogram vereis grondige kennis van kinders wat breinbeserings opgedoen het. Dit sluit kennis in van die tipiese gedrag wat in die algemeen van die breinbeseerde kind verwag kan word, met inbegrip van die wordingsfases en algemene ontwikkeling van die kind, ten einde die gesinslede met kennis in dié verband toe te rus. In 'n hulpverleningsprogram word nie slegs agtergrondkennis oor die breinbeseerde kind en sy gedrag verskaf nie, maar word daar ook aandag geskenk aan moontlike frustrasies wat gesinslede as gevolg van die breinbeseerde se gedrag mag beleef. Verder word daar ook ten opsigte van die gesin se belewing van en verwante stres ten opsigte van die aanpassing by die breinbeseerde kind leiding gegee.

Dit is noodsaaklik om op bestaande hulpverleningsprogramme in die buiteland en in Suid-Afrika, veral in terme van die voor- en nadele daarvan, te let. Die verkenning van die aard van die breinbeseerde kind, die belewenisse van die gesin rondom die hantering van die breinbeseerde kind en die waarde van die bestaande hulpverlening is gerig op die samestelling van 'n hulpverleningsprogram vir die hantering van stres deur die gesinslede van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het. Sodanige kennis sal die Opvoedkundige Sielkundige in staat stel om doelgerigte hulpverlening vir die hantering van stres aan die gesin van die breinbeseerde kind te gee.

1.4 BEGRIPSVERKLARING

Om duidelikheid aangaande die bepaalde terminologie en begrippe te verseker, word daar nou tot die omskrywing en definiëring van bepaalde begrippe, soos van toepassing in hierdie studie, oorgegaan.

1.4.1 Die gesin

Die struktuur van die kerngesin waarop hierdie studie fokus, bestaan uit die vader, moeder, broers en susters. Volwasse lede van die gesin, byvoorbeeld 'n broer of suster wat reeds getroud is, wat in afsonderlike huishoudings weg van dié van die kerngesin woon, word nie vir doeleindes van hierdie studie as deel van die gesin gereken nie.

Johnson (1968:155) definieer die gesin as 'n groep van twee of meer persone, saamgevoeg in 'n langtermyn verhouding bestaande uit albei (of een) ouer, en/of 'n kind of kinders of aangenome kind of kinders, wat aan dieselfde huishouding verbonde is en wat in dieselfde woning woon (Johnson 1968:155; Odendal, Schoonees, Swanepoel, Du Toit & Booysen 1979:275; Stark & Akers 1973:293).

'n Gesin is veel meer as net 'n aantal verwante individue. Elke gesinslid het benewens die unieke verwantskap ook sy of haar eie geskiedenis. 'n Gesin funksioneer in harmonie waar elke lid van die gesin die nodige persoonlike nabyheid en afstand ten opsigte van die ander gesinslede eerbiedig. Gesinslede beklee sekere posisies of speel sekere rolle binne die gesin. Elke lid se posisie hang onder meer van sy ouderdom af (Blacher 1984:181; Hill 1949:3; Solarsh et al. 1990h:127; Waaland & Kreutzer 1988:52).

1.4.2 Die kind

Wanneer daar na die kind verwys word is dit die kind wat 'n breinbesering opgedoen het. Die term "kind" verwys na die volgende vier grootwordingsfases of periodes (Jacobs, Petric, Wiechers, Van Rensburg & Oosthuizen 1985:28-29):

- Die kleinkindertyd of voorskoolse tydperk, wat strek van geboorte tot en met die ouderdom vyf tot ses jaar. Dié fase kan weer onderverdeel word in die tydperke van suigeling, peuter en kleuter.
- Die kindertydperk, wat strek vanaf ouderdom vyf tot ses jaar, tot en met elf tot twaalf jaar. Hierdie periode word die tydperk van die laerskoolkind genoem.
- Die vroeë jeugperiode (puberteitstadium), wat strek van elf- tot twaalfjarige ouderdom, tot en met vyftien tot sestien jaar.
- Die senior jeugtydperk (adolessensie), wat strek vanaf ouderdom vyftien tot sestien jaar, tot en met ongeveer twintigjarige leeftyd (Gunter 1982:75).

Hierdie indeling beteken nie dat die verskillende tydperke meganies van mekaar geskei kan word nie. Die veranderinge is eerder geleidelik, sonder dat daar vasgestel kan word waar die een tydperk ophou en die volgende begin.

1.4.3 Breinbesering

Birch (1964:4) verwys na breinbesering as "...any anatomic or physiologic alteration of a pathologic kind present in the nerve tissues of the brain". 'n Breinbeseerde kind is 'n kind wat normaal was toe hy verwek is en deur die natuur bestem is om 'n normale, gesonde brein te hê, maar op 'n gegewe tyd daarna, meestal as gevolg van 'n hoofbesering, breinbesering opgedoen het. Die aard van breinbesering kan lokaal, polêr of diffuus wees (Doman 1988:230).

Breinbesering, vir die doeleindes van hierdie studie, sluit ook perinatale- of postnatale oorsake in (Vedder 1975:25; 87; Wunderlich 1970:18; 22). Die graad van breinbesering eerder as die feit dat 'n kind 'n breinbesering opgedoen het al dan nie, is in die studie van belang (Doman 1988:230).

Dit is belangrik om kennis te neem van die volgende: "The child with early brain injury will often show a generalised deficit in abilities regardless of the primary locus of the injury" (Golden 1978:149). 'n Breinbesering kan aanleiding gee tot ernstige disfunksies wat manifesteer in taalverwante, simboliese, perseptuele of perseptueel-motoriese disfunksies (Anderson 1963:136; Berko et al. 1970:76).

Daar gaan nou kortliks na die drie mees algemene vorms van hoofbeserings wat breinbesering tot gevolg het, gekyk word naamlik:

- lokale breinbesering,
- polêre breinbesering,
- diffuse breinbesering,

1.4.3.1 Lokale breinbesering

Hier is die breinbesering gelokaliseer aan die kant van die skedel waar die impak plaasgevind het. Die aard van 'n lokale breinbesering mag oppervlakkig of dieperliggend wees, met geringe tot ernstige skade, wat gepaard gaan met bloeding of verpulping van 'n gedeelte van die brein. Die breinbesering area kan "groeï" as 'n interskedel oppervlakte as gevolg van die aard en omvang van die besering (Abelson 1987b:22; Hugo 1986:14; Rosenthal et al. 1990:22).

Waar 'n lokale breinbesering oor die gebied van die motoriese korteks strek, kan kontralaterale verswakking van die gesig en arm verwag word. Waar die skade frontaal is, mag min neurologiese disfunksies sigbaar wees, tensy albei frontale lobbe beseer is, in welke geval gedragsversteurings moontlik is (Rosenthal et al. 1990:22).

1.4.3.2 Polêre breinbesering

Polêre breinskade kom voor tydens die versnelling en vertraging van die brein binne in die kranium byvoorbeeld in die geval van 'n motorongeluk. Die frontale en temporale lobbe kan op dié manier aan die voor- en/of onderkant beseer word. Skade aan die oksipitale lobbe is minder algemeen. Net soos by lokale breinbesering kan polêre beserings of skeurings tot swelling en bloeding lei wat interkranialedrukking tot gevolg kan hê. Polêre breinbesering kan vertraagde agteruitgang van die pasiënt tot gevolg hê, byvoorbeeld waar 'n pasiënt na 'n breinbesering sy bewussyn herwin net om dit weer te verloor en in 'n koma te verval (Hugo 1986:15; Rosenthal et al. 1990:22).

1.4.3.3. Diffuse Breinbesering

As die brein binne die kraniale holte beweeg, kan die aksone wydverspreide skeurings binne hulle miëlinskedes opdoen; dit kan skade aan die subkortikale witstof tot gevolg hê. Die kumulatiewe effek van diffuse aksionale besering kan 'n pasiënt se funksionering dramaties beïnvloed. Pasiënte wat na 'n ongeluk in 'n diep koma verkeer, ervaar dikwels abnormale motoriese funksionering. Dit kon moontlik as gevolg van die verminderde werking van die retikulêre aktiveringsnetwerk in die breinstam wees (Rosenthal et al. 1990:24).

Dit is onwaarskynlik dat 'n pasiënt wat vir weke in 'n koma is en min reaksie op georganiseerde omgewingsresponse toon sal herstel. Só 'n pasiënt kan selfs sterf, as gevolg van infeksies of ander mediese probleme, wat met verlengde koma, verband hou (Rosenthal et al. 1990:24).

1.4.4 Hulpverleningsprogram

'n Hulpprogram is 'n strukturele plan van aksie. Dit kan mondeling of skriftelik wees, en kan dien as riglyn waarvolgens 'n taak aangepak en uitgevoer word. Die hulpprogram sal na die diagnose en prognose van 'n algemene praktisyn, pediater, neuroloog of Opvoedkundige Sielkundige 'n aanvang neem.

Die hulpverleningsprogram word opgestel met inagneming van die hele situasie, lede van die gesin, tyd tot die gesin se beskikking, grootte van die woonhuis, die gesin se finansiële vermoë en sosiale verpligtinge.

1.4.4.1 Hulpverlening

Hulpverlening dui op die **Opvoedkundige Sielkundige** se ondersteuning aan sy kliënt. Hulpverlening het op die beantwoording van vrae, die hantering van die situasie en die gepaardgaande onsekerheid, raadgewing, ondersteuning en bystand aan gesinslede betrekking.

Hulp kan op die volgende wyses verleen word:

- Professionele persone kan as 'n span funksioneer, byvoorbeeld 'n gekombineerde span wat medici, terapeute, sielkundiges, maatskaplike werkers, en onderwysers insluit. Professionele persone kan egter ook afsonderlik funksioneer.
- Steungroepe kan waardevolle hulp en steun verleen.
- Gesinne wat die breinbeseerde kind self versorg, kan hulp en steun verleen aan 'n hulpbehoewende gesin wat hulle in soortgelyke omstandighede bevind. Hier glo Doman (1988:xiii) dat "...parents can fix the children better than professional people."

Doman leer ouers "...how to fix their children, not because to do so makes it economically feasible - although it does - but instead because he is sure that parents get better results than does any professional".

1.4.4.2 Gesinsversorgingsprogram

Die kern van hierdie studie is die ondersoek na 'n langtermyn-gesinsversorgingsprogram en fokus spesifiek op die ondersteuning en versorging van gesinslede. Daar sal aan die hand van hierdie studie na die skep van 'n gesonde emosionele verhouding tussen die breinbeseerde kind en sy gesin gekyk word.

Daar sal verder ook op die hantering van fisieke, sielkundige, maatskaplike, sosiale en emosionele stremmings en beperkings in die gesin gelet word, in 'n poging om die stres wat met die situasie gepaard gaan te probeer bekamp.

1.4.4.3 Hulpverlening

Die hulpverlening aan die gesin en gesinslede sal vir die doel van hierdie studie geag word met die diagnose van die kind as breinbeseer te begin en met die aanbreek van die senior jeugtydperk (nagenoeg twintigjarige ouderdom) te eindig.

1.5 AFBAKENING

'n Hulpverleningsprogram sal saamgestel word nadat daar aan die volgende aspekte soos in die literatuur beskryf aandag gegee is:

- kennis van breinbeseerde kinders;
- hoe die gesinslede gepaardgaande stres beleef;

- bestaande hulpverlening aan gesinslede.

Hiervoor beoog die skrywer om van kwalitatiewe navorsing gebruik te maak.

1.6 METODE VAN ONDERSOEK

Die ondersoekmetode is tweeledig van aard. Eerstens behels dit 'n literatuurstudie ten opsigte van die tipiese gedrag wat van 'n breinbeseerde kind verwag kan word. Die ondersoek geskied ook met inagneming van die wordingsfases van 'n kind (wat breinontwikkeling insluit). In die ondersoek word daar gelet op die wyse waarop gesinslede die breinbeseerde kind beleef, by hom aanpas en aan hom hulp verleen, en die stres wat daarmee gepaard gaan.

Tweedens sal 'n hulpverleningsprogram ontwikkel word aan die hand van die gesin se behoeftes soos blyk uit die loodsondersoek en op grond van die literatuurstudie.

1.7 PROGRAM VAN ONDERSOEK

Hoofstuk 1 dien as oriëntering tot die studie, waarin die probleemstelling, doelstellings en metode van studie uiteengesit word. Begripsomskrywings word gedoen om onduidelikheid rakende die terminologie in hierdie studie uit te skakel.

In Hoofstuk 2 is 'n literatuurstudie gedoen oor die breinbeseerde kind; dit fokus op tipiese gedrag wat oor die algemeen van 'n breinbeseerde verwag kan word.

In Hoofstuk 3 word op Hoofstuk 2 voortgebou deur te bepaal hoe elke lid van die gesin die breinbeseerde kind beleef, aan hom betekenis gee, en hom probeer help ten opsigte van die eise wat hy stel.

Daar word ook na die fisieke en emosionele stremminge en stres van elke lid van die gesin gekyk. Verder word daar na die wyse waarop gesinslede hulself herorganiseer en aanpas om as individu en as gesin met 'n breinbeseerde kind saam te leef.

In Hoofstuk 4 word gekyk na bestaande sielkundige hulpverlening (gerig op die hantering van stres) aan die gesinslede van 'n breinbeseerde kind. Die hulpverlening moet strek vanaf die ongeluk/diagnose en moet die akute versorging- en rehabilitasiestadia dek maar ook die aanvaarding, aanpassing en herorganisasie van die hele gesin insluit.

Hoofstuk 5 behels die navorsingsontwerp van die empiriese ondersoek.

Hoofstuk 6 gee die navorsingsresultate van die studie weer. Daar word ook riglyne voorgestel wat sielkundiges kan help om 'n langtermynhulpprogram saam te stel om gesinne waarin daar 'n breinbeseerde persoon voorkom, se streshantering te verbeter.

1.8 SAMEVATTING

Hoofstuk 1 is die oriëntering vir hierdie studie; die doelstelling daarmee is om 'n hulpverleningsprogram daar te stel vir die hantering van stres deur gesinslede van 'n breinbeseerde kind.

In hoofstuk 2 word verslag gelewer oor die navorsing met betrekking tot die fenomeen breinbeseerde kind. Kennis van die fenomeen stel die navorser in staat om te bepaal ten opsigte waarvan die gesin ondersteuning nodig het.

HOOFSTUK 2

DIE BREINBESEERDE KIND

2.1 INLEIDING

2.2 BREINBESERING BY KINDERS

2.2.1 OMVANG VAN BREINBESERING

2.2.2 OORSAKE VAN BREINBESERING BY KINDERS

2.2.3 VOORKOMS VAN BREINBESERING

2.3 PROGNOSE NA BREINBESERING

2.4 TIPIESE FUNKSIONERING VAN 'N BREINBESEERDE KIND

2.4.1 MOTORIESE FUNKSIONERING

2.4.2 SENSORIES-PERSEPTUELE FUNKSIES

2.4.3 AANDAG EN KONSENTRASIE

2.4.4 GEHEUE

2.4.5 SPRAAK EN TAAL

2.4.6 PERSOONLIKE EN SOSIALE GEDRAG

2.4.7 KOGNITIEWE GEDRAGSVERSTEURINGS, ABSTRAKSIE, PROBLEEMOPLOSSING, LOGIKA, ANALISE EN SINTESE

2.4.8 VERMOEIDHEID EN STRES

2.5 BREINBESERING TYDENS VERSKILLENDE FASES VAN BREIN- ONTWIKKELING

2.6 SAMEVATTING

HOOFSTUK 2

DIE BREINBESEERDE KIND

2.1 INLEIDING

Ten einde 'n antwoord op die navorsingsvraag te verkry, is dit noodsaaklik om in groter detail na die fenomeen breinbeseerde kind te kyk. Kennis oor breinbesering as sodanig stel die Opvoedkundige Sielkundige in staat om ondersteunend teenoor die kliënt op te tree, vrae te kan beantwoord en onsekerheid, wat tot stres kan lei, uit die weg te ruim. In dié hoofstuk word gelet op die aard en omvang van breinbesering, die prognose ná breinbesering, tipiese funksionering van 'n breinbeseerde kind en die gevolge van breinbesering met inagneming van die verskillende fases van breinontwikkeling by 'n kind.

2.2. BREINBESERING BY KINDERS

Die tragedie van breinbesering tref ons as ons 'n oomblik stilstaan en dink wat die brein werklik is en doen. Volgens Black (1981:vii) stel Sir John C. Eccles dit so: "The brain literally gives us everything. It gives us the whole wonder of our existence, our individual conscious existence, everything that we are - our own self and personality. The brain gives us what is often not recognised - all our learned skills... This is brain skill, not muscle skill. In this performance the brain is immeasurably better than anything else that man can devise... It is the neuronal mechanism of our brain that gives the potentiality for such wonderful performance, and we take it as our birthright".

"Our brain gives us all of our intelligence and all of our emotions, it gives us the ability to participate in our rich cultural heritage".

2.2.1 Omvang van Breinbesering

Die werklike omvang van breinbesering in Suid-Afrika kon nie vasgestel word nie. Die Suid-Afrikaanse Federasie vir Geestesgesondheid, die Nasionale Verkeersveiligheidsraad en Provinsiale hospitale is vir die bepaling van die omvang genader (Moutinho 1996). In die VSA egter doen meer as een miljoen kinders jaarliks een of ander vorm van breinbesering op. Nagenoeg een honderd en vyftig duisend van bogenoemde kinders word gehospitaliseer. Die National Head Injury Foundation het bevind dat dertig tot vyftig duisend van die gehospitaliseerde kinders nooit weer al die funksies — wat intellektueel, sosiaal en motories van aard kan wees — kan verrig wat hulle voor breinbesering kon verrig nie (Harrington & Levandowski 1987:65; Kaplan 1988:3; Lezak 1987:57; Lezak & O'Brien 1988:456). Daar word bereken dat breinbesering meer as drie persent van alle kinders se funksionering beïnvloed teen hulle vyftiende verjaardag (Deaton 1987:581). Dit is ook geen wonder dat troumatiese breinbesering in die VSA beskryf word as 'n nasionale "stille epidemie" nie (Henry 1984:205). Breinbesering kos die VSA konserwatief geraam 3,9 biljoen dollar jaarliks aan mediese uitgawes. Die werklike koste is egter die verlies van 'n eens normaal-funksionerende individu met goeie lewensverwagtinge (Harrington & Levandowski 1987:65).

2.2.2 Oorsake van Breinbesering by Kinders

Troumatiese breinbeserings is die hooforsaak van sterftes van kinders van geboorte tot veertienjarige ouderdom. Breinbesering is egter ook 'n primêre bron van permanente gestremdheid. Die rangorde van die oorsake van troumatiese breinbeserings is volgens Lancaster (1991:2503) soos volg:

- Motorongelukke (Hugo 1986:12)
- Val
- Verdrinking

- Vergiftiging
- Versmoring of die inneem van objekte
- Skietwonde

Lancaster (1991:2503) noem benewens bogenoemde ook kindermishandeling as 'n algemene oorsaak van breinbesering. Ander oorsake is perinatale en postnatale oorsake soos veroorsaak deur virusse, bakterieë en fungi. 'n Val is die mees algemene oorsaak van hoofbeserings by kinders jonger as vyf jaar. Die tweede mees algemene oorsaak is motorongelukke (Hughes 1990:6). Tussen die ouderdom vyf en veertien jaar blyk motorongelukke, fietsongelukke en sportbeserings die mees algemene oorsake van breinbesering te wees. Motorongelukke is na vyftienjarige leeftyd volgens Hughes (1990:6) by verre die grootste oorsaak van hoofbeserings by kinders.

2.2.3 Voorkoms van breinbesering

Die meeste traumatiese breinbeserings kom van geboorte tot vier-en-twintig jaar oud voor. Hughes (1990:5) het bevind dat seuns se kanse om 'n hoofbesering op te doen twee maal groter as dié van dogters is, moontlik omdat seuns meer geneig is tot risiko-aktiwiteite en sportbeserings. Die waarskynlikheid dat 'n seun 'n hoofbesering sal opdoen verhoog stelselmatig ná vyfjarige leeftyd tot en met vyf-en-twintigjarige ouderdom. 'n Dogter se kanse op breinbesering is egter laer gedurende haar eerste vyftien lewensjare as daarna (Hughes 1990:5).

2.3 PROGNOSE NA BREINBESERING

Die prognose kort ná 'n kind 'n breinbesering opgedoen het, sluit in die dood; 'n vegetatiewe staat; ernstige intellektuele, motoriese, persoonlike en emosionele verliese; geringe breinbesering; of 'n goeie kans op volkome herstel.

Alhoewel verskeie instrumente soos rekenaar-tomografiese skandering (*CT scan*), magnetiese weerklankbeelding (*Magnetic Resonance Imaging of MRI*), posisie-uitstralingsstomografie (*Position Emission Tomography of PET*), gemiddelde posttraumatische amnesie (*Average Post-traumatic Amnesia of PTA*), die Glasgow-komaskaal en die Galveston Oriëntasie- en Amnesietoets kan help met 'n prognose, is dit volgens Deelman, Saan en Van Zomeren (1990:29) onmoontlik om binne die eerste paar dae nadat die pasiënt breinbesering opgedoen het, veral waar die pasiënt hom in 'n diep koma bevind, 'n prognose te waag.

Dit is onmoontlik om so vroeg te sê of die pasiënt erg of selfs matig gestremd gaan wees en of hy volkome sal herstel. Die Glasgow-komaskaal kan na die breinbesering toegepas word en kan die gevolge van 'n pasiënt se breinbesering met redelike akuraatheid voorspel (Abelson 1987a:38; Deelman et al. 1990:28; Hock 1984:167; Wehman & Kreutzer 1990:731). Die prognose vir 'n pasiënt wat in 'n permanente vegetatiewe staat verkeer is veral moeilik omdat geen definitiewe behandeling die herstel van neurologiese funksies beïnvloed nie (Whyte & Glenn 1986:39, 50-51).

Waar die breinbeseerde pasiënt in 'n vegetatiewe staat van 'n onbeperkte duur verkeer, en waar daar geen of uiters geringe kans op verbetering in die pasiënt se toekomstige lewenskwaliteit is, kan daar gesamentlik deur die gesin en die medikus besluit word om die pasiënt se mediese behandeling te staak, wat soms die dood van die pasiënt tot gevolg kan hê (Deelman et al. 1990:29).

2.4 TIPIESE FUNKSIONERING VAN 'N BREINBESEERDE KIND

Die meeste breinbeseerdes ervaar probleme met leer. Hiermee word bedoel 'n verminderde of stadiger leervermoë wat veral vererger word deur probleme met geheuefunksies. Die breinbeseerde is dikwels nie in staat om dit wat hy geleer het, te gebruik of toe te pas nie (Rahmani 1982:44).

Die breinbeseerde se grootste beperking is 'n onvermoë om komplekse gedrag te beheer, te reguleer en daarby aan te pas. Probleme met die modulering van kognitiewe aktiwiteite word sigbaar in konseptuele rigiditeit en stimulusgebondenheid, terwyl probleme met die modulering van emosionele reaksies kan lei tot labiliteit, woede-uitbarstings of tekens van afgematheid (Lezak 1986:242).

Onvermoë om homself te monitor of te korrigeer verhoed baie breinbeseerdes om uit ervaring of uit die situasie te leer, grootliks omdat hulle onbewus is van die foute wat hulle begaan of omdat waar hulle wél daarvan bewus is, hulle nie in staat is om iets daaromtrent te doen nie. Die kind toon verminderde sosiale oordeelsvermoëns en 'n gebrek aan sensitiwiteit, terwyl sy sosiale styl mag verswak (Lezak 1986:242).

Geïrriteerdheid en ongeduld is algemeen veral na die herstel vanuit koma en kom in swak selfbeheersing en frustrasie, as gevolg van geestes- en fisieke onvermoëns na vore (Corrigan 1989:274-276). Die breinbeseerde word selde lof toegeswaai oor die mate waarin hy verander het. Waar hy wel daarvan bewus is, is dit dikwels nie akkuraat nie en is hy nie by magte om dit aan sy alledaagse probleme te koppel nie. Dikwels ly die kind onder komplekse persoonlikheidsafwykings deurdat hy kinderagtigheid, selfgesentreerdheid, onverantwoordelike gedrag, 'n gebrek aan doelgerigtheid en 'n gebrek aan selfbeheersing openbaar. Hierdie komplekse onvermoëns lei onwillekeurig tot sy sosiale afhanklikheid. Karakterdefekte is nie afwykings in terme van wat die kind kan doen nie, maar eerder hoe, of hoedanig, hy op sy eie behoeftes en teenoor die omgewing reageer. Indien motoriese vermoëns en die telling wat in intelligensietoetse behaal word egter in ag geneem word, is dit 'n feit dat baie breinbeseerdes opgevoed en opgelei kan word, of ten minste geleer kan word om te help om huishoudelike take te verrig (Lezak 1986:242).

Dit is bekend dat kinders belangrike mylpale soos mobiliteit, handvaardigheid, taal en die taktiele, ouditiewe en visuele vaardigheid op sekere ouderdomme sal bereik (Thomas & Le Win 1969:106). Die breinbeseerde kind wyk egter af van hierdie gevestigde patrone en periodes.

Alhoewel die breinbeseerde fisiek soos ander kinders groei en sy emosionele behoeftes dieselfde is, het hy probleme om by sy omgewing aan te pas (Gianutsos 1980:37). Daar bestaan egter talle tegnieke om vaardighede deur rehabilitasie te herwin, ten spyte daarvan dat breinbeseerdes dikwels getipeer word as wanaangepas óf as verstandelik vertraag (Gordon 1969:88; Prigatano 1987:612).

Daar bestaan geen tipiese profiel rakende die vermoëns of onvermoëns van 'n breinbeseerde kind nie (Rahmani 1982:45). Deur na 'n "tipiese breinbeseerde kind" te verwys, skend 'n mens in werklikheid die individualiteit van die breinbeseerde kind (Bigler 1988:481). Elke kind is uniek en baie faktore kan bydra en bepalend wees in die individu se herstel ná of reaksie op breinbesering. Die volgende faktore blyk algemeen te wees en speel 'n belangrike rol in wat die prognose na breinbesering sou kon wees:

- Die soort besering, en die omvang daarvan (Rourke, Bakker, Fisk & Strang 1983:106);
- Die kind se ouderdom;
- Persoonlikheid;
- Vorm en intensiteit van die rehabilitasie;
- Geestelike faktore.

Al word bogenoemde faktore by die beplanning van 'n pasiënt se behandeling en rehabilitasie in ag geneem, is baie pasiënte se vordering so verbasend goed dat ouers en selfs professionele personeel net verstom kan staan.

Soms is 'n breinbesering egter só ernstig dat die uitwerking daarvan op die kind se algemene funksionering permanent is. Die breinbeseerde se skoolloopbaan en opvoeding tuis is geneig om baie stormagtig te verloop. In die klas mag hy hiperaktief wees en mag hy probleme ondervind om aandag aan sy werk te gee en sosiaal aan te pas. Nie eens 'n neuroloog, neurochirurg of neuropsigoloog kan 'n prognose waag nie. Vir die breinbeseerde kind kan sy kinderdae net langtermyn frustrasie inhou (Gordon 1969:88). Die feit bly egter dat 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, op byna al die terreine van menswees verliese vertoon (Ben-Yishay & Diller 1981:208; Gaull 1973b:96; Prigatano 1986:16).

Dit is vir die Opvoedkundige Sielkundige belangrik om te let op 'n bespreking van redelik algemene terreine van gestremdheid wat die breinbeseerde kind mag ondervind, naamlik die motoriese, sensories-perseptuele aandag en konsentrasie, geheue, spraak en taal, sosiale gedrag, kognitiewe abstraksie, probleemoplossing, logiese analise en 'n geneigdheid tot vermoeienis en stres (Hughes 1990:9).

2.4.1 Motoriese Funksionering

Onder motoriese funksionering word motoriese spierbewegings en koördinasie, wat growwe-motoriese koördinasie, fyn motoriese koördinasie, visueel-motoriese koördinasie, ouditief-motoriese koördinasie en balans en ritme insluit, verstaan. Growwe-motoriese funksionering sluit oor die algemeen die gebruik van die groter spiere in, wat byvoorbeeld nodig is vir loop, kopbewegings, spring en gekombineerde arm- en beenbewegings. Fyn-motoriese bewegings betrek die kleiner spiere, veral in die gebruik van hande en vingers, byvoorbeeld in die hantering van 'n pen of potlood, skryf, verf, klavierspel, uitknipwerk met 'n skêr, optel van 'n speld en die inryg van krale (Jacobs et al. 1985:100; Solarsh, Katz & Goodman 1990b:137; Solarsh et al. 1990g: 26,44; Solarsh et al. 1990h:162). 'n Kind wat as gevolg van 'n breinbesering aan 'n rolstoel gekluister is, is duidelik 'n voorbeeld van 'n verlies aan die growwe motoriese funksies.

Vervolgens word enkele moontlike **versteurde motoriese funksies** na 'n breinbesering bespreek. Die tegniese benaming vir die versteuring word ook verstrekk.

Dit is nie ongewoon vir 'n pasiënt wat ernstige hoofbeserings opgedoen het, om aan die een kant van sy liggaam verlam te wees nie (**hemiplegia**) (Prigatano 1988:45). 'n Voorbeeld hiervan is waar 'n kind 'n ernstige besering aan die regterhemisfeer van die brein opgedoen het, en **hemiplegia** aan die linkerkant van die liggaam die persoon net toelaat om eenkantig te glimlag; as die persoon slaap kan die linkeroog ook net gedeeltelik toe. Die linkerpupil van die oog mag ook kleiner as dié van die regteroog wees, en as hy loop mag hy sy linkervoet sleep (Anderson 1963:23; Bobath 1971:7).

Sommige kinders wat ernstige hoofbeserings opgedoen het, is **spasties**. ('n Persoon is spasties as spiere in 'n deel van sy liggaam voortdurend onwillekeurig saamtrek.) Die toestand gaan oor die algemeen met oormatige tendonreflekse, spasmas, spierrigiditeit en abnormale spiertonus gepaard (Berko et al. 1970:7; Bobath 1971:12). 'n Spastiese persoon het gereeld die hulp van 'n fisioterapeut nodig om spiertonus te help reguleer.

Sommige motoriese afwykings by breinbeseerdes is minder sigbaar. Daar mag byvoorbeeld 'n verlies wees aan die vermoë om bewegings of handeling uit te voer wat voorheen outomaties uitgevoer is. Dié toestand staan bekend as **apraxia**. As daar 'n onderbreking in die outomatiese motoriese handeling is sonder dat die motoriese handeling volkome afwesig is, staan die toestand bekend as **dyspraxia**. So kan motoriese **dyspraxia** byvoorbeeld 'n invloed hê op 'n kind se vermoë om te skryf.

Waar 'n kind probleme ondervind om ruimtelike ontwerpe te reproduseer, word dit **konstruksie-dypraxia** genoem, 'n toestand wat redelik algemeen by breinbeseerde kinders voorkom (Hughes 1990:40). Selfs al kom dit voor asof 'n kind se kwalitatiewe motoriese vermoëns ongeskonde is, is 'n verlies aan motoriese spoed, wat die uitvoer van motoriese vaardighede minder effektief maak, redelik algemeen.

Waar die serebellum en/of die motoriese gedeelte van die korteks beskadig is, kan dit tot probleme met die uitvoer van handeling wat motoriese koördinasie en balans vereis aanleiding gee. Hierdie probleem word **ataxia** genoem en raak 'n wye spektrum funksies (Balliet, Harbst, Kim & Stewart 1987:148). Pasiënte wat probleme met hulle motoriese funksies ondervind, reageer goed op fisioterapie asook arbeidsterapie, waar hulp onder meer op die gebied van fynmotoriese beheer en handeling verleen kan word (Hughes 1990:40).

Die Doman-Delacato-ontwikkelingsprofiel is 'n instrument wat neurologiese groei ten opsigte van motoriese funksionering bepaal en as 'n verhouding van neurologiese tot chronologiese ouderdom uitdruk, om só 'n pasiënt se motoriese funksionering, ontwikkeling en vordering te evalueer (Black 1981:275; Doman 1988:129-130; Thomas & Le Win 1969:106). Die Opvoedkundige Sielkundige kan om bogenoemde redes met vrug van die ontwikkelingsprofiel kennis neem; die profiel word aan die einde van hierdie studie ingesluit (kyk Bylaag B).

2.4.2 Sensories-perseptuele funksies

Enige van die vyf basiese sintuie: sig, reuk, gehoor, tas en/of smaak kan as gevolg van 'n breinbesering aangetas wees. Selfs al word geen een van die basiese sensoriese funksies geraak nie, mag die vermoë om 'n spesifieke sensasie waar te neem, of betekenis daaraan te gee, wel nadelig geraak word.

'n Kind mag byvoorbeeld normaal hoor, maar probleme met ouditiewe persepsie ondervind, byvoorbeeld om spraakklanke akkuraat en korrek te interpreteer (Hughes 1990:9; Solarsh, Katz & Goodman 1990a:1-69).

Sensories-perseptuele funksies is daarvoor verantwoordelik dat die brein deur middel van sintuie en senuwees stimuli vanuit die omgewing ontvang, interpreteer en daarop reageer. Die sintuie ontvang werklike stimuli, terwyl die perseptuele te doen het met die vertolking/interpretering of herkenning van stimuli deur die brein. Baie kombinasies van tekorte in sensoriese en perseptuele funksies is moontlik nadat 'n persoon 'n breinbesering opgedoen het (Lezak & O'Brien 1988:456).

Na 'n fokale (brandpunt-) besering aan die brein, is sensories-perseptuele verliese ten opsigte van waarneming in taktiele, ouditiewe of visuele velde of modaliteite byvoorbeeld die onvermoë om 'n stimulus te voel, te hoor of te sien moontlik. 'n Kind met 'n regter taktiele ongevoeligheid sal byvoorbeeld nie weet indien sy regterhand aangeraak word nie.

Diffuse of verspreide breinbesering kom oor die algemeen meer gereeld voor (Deelman et al. 1990:16). Dit is dus meer waarskynlik dat 'n kind met sodanige breinbesering met gewaarwording en/of interpretering van sensoriese ervarings probleme sal ondervind. Die onvermoë om 'n stimulus waar te neem en/of daaraan betekenis te gee staan bekend as **agnosia** (Prigatano 1988:41,44). Daar is wel gevalle waar die persoon stimuli gedeeltelik kan waarneem en gedeeltelik daaraan betekenis kan gee. Dit staan bekend as **dysgnosia**.

Indiuidue se tekortkominge word beskryf deur 'n naam daaraan te gee, byvoorbeeld **visuele letter dysgnosia**, wat dui op die onvermoë van die individu om letters van die alfabet te herken as hulle visueel aan hom getoon word. Indien daar 'n onvermoë, of verlies aan die vermoë om verbale kommunikasie te verstaan voorkom, word daarna as **ouditiewe verbale dysgnosia** verwys.

Sensories-perseptuele verliese mag 'n kind se vordering en leer kortwiek of rem, veral waar dit met motoriese funksioneringsverliese gepaard gaan, waar daar van die kind verwag word om vasgelegde kennis skriftelik of mondeling weer te gee. Selfs 'n relatief geringe sensories-perseptuele verlies kan ernstige leerprobleme vir 'n kind tot gevolg hê (Hughes 1990:41).

'n Breinbeseerde kind met perseptuele probleme mag 'n onvermoë ondervind om vorms en objekte taktiel te herken. Dit staan bekend as **astereognosis**. 'n Redelik algemene toestand is waar die kind nie daartoe in staat is om links en regs van mekaar te onderskei nie, wat bekend staan as links-regsverwarring. 'n Onvermoë om sekere dele van die liggaam te identifiseer, is bekend as **liggaamsdysgnosia** (Kok 1975:24). Dit gebeur dat die breinbeseerde kind nalaat om een algehele kant van sy liggaam te gebruik; dit is omdat hy nie die bestaan van daardie helfte ervaar nie. Sodanige probleem kom net in meer ernstige gevalle van breinbesering voor, asook in die meer akute, vroeë stadium van herstel net na 'n breinbesering (Hughes 1990:42).

2.4.3 Aandag en konsentrasie

Aandag en konsentrasie is 'n voorvereiste vir alle aspekte van kognisie. Om aandag te gee en te konsentreer op 'n stimulus dui op die vermoë om vir 'n bepaalde tydskuur op 'n taak te kan fokus sonder om ekstern of innerlik gesteur of afgelei te word (Solarsh et al. 1990g:8; Solarsh et al. 1990h:164).

In 'n studie deur Trexler en Zappala (1988:291) is gevind dat daar geen korrelasie tussen 'n traumatiese breinbesering en die erns van die aandagafwyking is nie. Kwalitatiewe aspekte van die pasiënt se patologie soos die drie anatomiese sisteme wat die funksionele proses van aandag en konsentrasie reguleer blyk belangriker te wees vir aandag en konsentrasie. Hierdie drie anatomiese sisteme is hiërargies geïntegreer en is interafhanklik:

- Die breinstam
- Die diffuse talamus projeksie
- Die talamofrontale toegangsisteem.

Die drie stelsels word hierna kortliks bespreek.

Skade aan die breinstam kan bewusteloosheid en 'n koma tot gevolg hê. Die tydsduur van 'n koma kan op die erns van die besering dui. Pasiënte met versteurings in die diffuse talamus projeksiesisteem het nie probleme met oriëntasie en oplettheid nie, maar die fassiese aktivering wat aandag of bruikbaarheid tot gevolg het, ontbreek. Die talamo-frontale toegangsisteem blyk vir gekontroleerde of 'n selektiewe aandagproses verantwoordelik te wees. Skade aan die talamofrontale toegangsisteem lei tot verhoogde vatbaarheid vir onderbrekings en tekorte aan meer komplekse, integrale gedrag soos oordeel, beplanning en sosiale kommunikasie-toepaslikheid (Trexler & Zappala 1988:292).

Breinskade raak die aandagsisteem en sy komponente differensieel. Fokale serebrale skade lei tot spesifieke defekte in die aandagsisteem. Diffuse breinskade sal die vermoë om aandag te gee beïnvloed, onderbreek of uitskakel. Neuropsigologiese manifestasies is minder spesifiek, maar indien dit wel voorkom kan dit die hele aandagsisteem beïnvloed, wat weer tot 'n verskeidenheid neuro-gedragsversteurings kan lei (Trexler & Zappala 1988:294).

Kinders wat fokale of diffuse breinbeserings opgedoen het, ondervind dikwels konsentrasieprobleme, versteurings in oplettheid, gebrek aan deursettingsvermoë en aandagafleibaarheid.

Hulle vind dit verder moeilik om hulle vir aandagafleibaarheidsbronne af te sluit (Trexler & Zappala 1988:294). Die gevolg is dat selektiewe inligtingsverwerking soos luister, berekeninge, en om logies te antwoord, nie plaasvind nie (Deelman et al. 1990:33; Gronwall 1986:53). Aandag- en konsentrasieprobleme is baie algemeen, selfs by kinders wat net 'n ligte breinbesering opgedoen het; dit kan tuis en op skool probleme veroorsaak omdat selektiewe inligtingsverwerking nie geskied nie (Bigler 1988:480).

Om aandag te gee en te konsentreer is onderliggend aan baie soorte leer (Gordon 1969:88). As 'n kind aandag- en konsentrasieprobleme ervaar, lei dit tot en word dit geassosieer met leer- en gedragsprobleme.

'n Kind met breinskade mag hiperaktief of nie-insiklik voorkom. Hy mag voortdurend vroetel of rondloop in die klas (Berko et al. 1970:19). So 'n kind ondervind 'n probleem met leer, aangesien die materiaal wat vir leer voorgehou word, moontlik nie voldoende verwerk en onthou sal word nie (Hughes 1990:37).

Om aandag te gee, is 'n baie komplekse proses waardeur die brein al die groot hoeveelhede stimuli wat die sinne op enige spesifieke tydstip bombardeer beheer en verwerk. Die mens se vermoë om meer as twee take gelyk doeltreffend uit te voer, is baie beperk, asook die individu se vermoë om aandag te gee in terme van tyd, spoed, akkuraatheid en effektiwiteit (Deelman et al. 1990:37). Deur aandag te gee word in 'n besondere situasie of taak elemente geselekteer wat belangrik is vir die oplos van 'n bepaalde probleem, terwyl elemente wat die aandag kan aflei of konsentrasie kan verbreek, afgeskerm word. Die proses van aandag-gee is onderliggend aan alle aspekte van gedrag. Om aandag te bly gee is nie altyd 'n outomatiese of onbewuste proses nie. In die meeste situasies is toegespitste aandag nodig, wat impliseer dat 'n bewuste poging nodig is om aandag te gee of om konsentrasie te behou. 'n Voorbeeld hiervan is om in 'n lawaaierige omgewing te probeer lees - dit verg 'n bewuste poging om op so 'n taak te konsentreer.

Vir die kind wat selfs matige breinbesering opgedoen het, is dit moeilik om 'n genoegsame vlak van konsentrasie te behou (Bigler 1988:479). Die breinbeseerde kind filtreer nie outomaties die aandag-afleiers, wat vir die normale persoon in 'n klaskamer "onopmerklik" voorkom, uit nie. Die breinbeseerde kind moet voortdurend daaraan werk om te bly aandag gee. Dit verg groot geestelike inspanning, met die gevolg dat die breinbeseerde kind verstandelik moeg raak, wat sy konsentrasie verder mag verswak.

Om hier 'n voorbeeld te gebruik kan die vermoë in aandaggewende eenhede voorgestel word. 'n Kind wat vyftig eenhede beskikbaar het om aandag te gee kan gevra word om twee take te verrig wat elk dertig eenhede sal vereis. So 'n kind sal dit moeilik vind om albei take bevredigend te verrig. By die breinbeseerde kind is daar minder eenhede aandag-kapasiteit beskikbaar, met die gevolg dat sy aandagspan korter is as dié van 'n kind sonder breinbesering (Berko et al. 1970:3). Die breinbeseerde kind het nie die vermoë om op al die aspekte van 'n enkele taak te konsentreer nie, want hy het al sy vermoëns nodig vir daaglikse aktiwiteite soos onder meer roetinetake en sosialisering (Hughes 1990:38). Waar verdeelde aandag vereis word, vind ons 'n verminderde vermoë by die breinbeseerde om sy aandag vinnig van een taak na 'n ander taak oor te plaas. So 'n onvermoë om die aandag te verskuif, of om gedrag wat nie meer geskik is nie, te verander staan bekend as perseverasie. 'n Kind wat persevereer vind dit moeilik om sy aandag van een gedagte-inhoud na 'n ander te verplaas (Lessing 1994a:38).

Aandag en konsentrasie is 'n voorvereiste vir alle aspekte van kognisie. Die aanleer van tegnieke wat die breinbeseerde in staat stel om meer doeltreffend aandag te gee, beïnvloed en verbeter die algemene gedrag van die kind, byvoorbeeld sy sosiale gedrag (Bigler 1988:479).

2.4.4. Geheue

Geheue is 'n stel komplekse funksies wat die mens in staat stel om inligting te berg en later vir gebruik te herroep. Geheue dui op die vermoë van die mens om inligting te behou. Geheue is egter baie kompleks en sluit sowel korttermyn- as langtermyngeheue in. Volgens Hughes (1990:42) behels die herroeping van inligting kort nadat dit geberg is (korttermyngeheue) 'n ander proses as om inligting wat 'n tyd gelede geberg is te herroep (langtermyngeheue). (Hughes 1990:42). Korttermyngeheue behels vaardighede soos die onthou van instruksies vir onmiddellike uitvoering, byvoorbeeld 'n telefoonnommer. Langtermyngeheue het betrekking op informasie wat lank gelede gestoor is.

Vir die breinbeseerde is sy ontoereikende geheue 'n kritieke probleem wat verband hou met dit wat onthou word uit die tydperk voor sy breinbesering sowel as die geheue wat hy ná die breinbesering ontwikkel. Korttermyngeheueprobleme is oor die algemeen toe te skryf aan aandag- en konsentrasieverliese wat verhoed dat nuwe inligting en ervarings effektief geprosesseer word (Hughes 1990:9).

'n Globale versteuring van geheue is 'n probleem vir die breinbeseerde, aangesien die berging van nuwe inligting verband kan hou met bestaande kennis (akkommodasie en assimilasie) in soverre die inwin van nuwe inligting die herroeping van inligting uit die verlede vereis (Deelman et al. 1990:63; Todd & Satz 1980:431-432).

Om die proses wat geheue genoem word te begin, is aandag- en konsentrasievaardighede nodig. Ontoereikende konsentrasie kan meebring dat dit wat onthou moet word, nie volledig ontvang word nie. Dit impliseer dat die inligting nie volledig geberg kan word nie. Sodra die informasie ontvang word, moet dit geberg of in die geheue gekonsolideer word, om weer op 'n latere tydstip volgens behoefte herroep te word (Anderson 1963:88).

Die breinbeseerde kan gedisoriënteerd wees ten opsigte van tyd, ruimte en situasie en selfs nie sy familieledes herken nie (Corrigan, Arnett, Houck & Jackson 1985:626). Die toestand staan bekend as die Korsakoff-sindroom (Stein, Rosen & Butters 1974:485). Persone wat 'n breinbesering opgedoen het kla dikwels dat hulle probleme ondervind met hulle langtermyn- en/of korttermyngeheue, dat hulle geïrriteerd is, dat hulle inligting stadiger uit hulle geheue kan herroep en verifieer as voor hulle besering, dat hulle depressief raak as gevolg van geheueverlies wat hulle ná die ongeluk ervaar (*retrograde amnesia*) en dat hulle vergeetagtig is ten opsigte van gesprekke, name, telefoonnommers, algemene kennis en verworwe kennis (Martin 1988:466).

Uit studies is daar gevind dat die erns van geheuedefekte direk korreleer met die ernstigheid van die pasiënt se breinbesering (visuele breinletsels soos waargeneem op *CT* en *MRI*) (Prigatano & Altman 1990:1058).

Geheuefunksies verskil ten opsigte van die tipe materiaal wat onthou moet word. Vir sommige kinders is dit moontlik om dit wat hulle gehoor het, te onthou deur dit met visuele inligting te koppel, terwyl by ander kinders, die teenoorgestelde die geval is.

Deelman et al. (1990:60) het bevind dat 'n pasiënt se visuele geheue asook driedimensionele vermoëns swakker as voor sy besering is waar die breinbeseerde onmiddellik ná 'n traumatiese besering in 'n langdurige koma was. Dit geld ook wanneer daar tekens van skade aan die breinstam was. Deelman et al. (1990:66) het bevind dat die breinbeseerde se verbale intelligensie laer kan wees na 'n geslote hoofbesering (inwendige) as voor die besering. Dit blyk egter nie die geval te wees met die persoon se algemene kennis nie. Daar is bevind dat daar na 'n geslote hoofbesering besliste verlaagde geheue-funksionering ten opsigte van die verbale, visueel- ruimtelike en sensomotoriese geheue in terme van die herroeping en herkenning van inligting voorkom.

Geheuetekorte is verwant aan die berging, herroeping, aandaggewing of spesifieke prosesseringsprobleme. Om hierdie rede is 'n deeglike neuropsigologiese evaluering noodsaaklik om die kind se spesifieke probleem vas te stel.

Geheuefunksies is geweldig kompleks. Die funksionering van die geheue word selfs deur geringe breinbesering versteur. Verswakte geheuefunksionering is baie algemeen na 'n hoofbesering. Selfs die herstelproses van die geheuefunksies na 'n breinbesering, veral die langtermyngeheue, is stadiger as die herstel van motoriese beheerfunksionering. Selfs in gevalle waar 'n breinbeseerde, vergeleke met vóór die besering geen afname in intelligensiekoëffisient toon nie, kan daar tóg 'n verlies van geheuefunksies na 'n hoofbesering voorkom. Kinders wat ernstige breinbeserings opgedoen het, het groter probleme met die herroep uit die langtermyngeheue as kinders met ligte breinbeserings, al kom die funksionering van die korttermyngeheue normaal voor (Deelman et al. 1990:66).

Die Opvoedkundige Sielkundige moet altyd die individualiteit van elke breinbeseerde persoon in ag neem, ten einde hom in staat te stel om ondersteunend teenoor sy kliënt op te tree, die nodige vrae te kan beantwoord en onsekerheid (wat stres tot gevolg kan hê) uit die weg te kan ruim.

2.4.5 Spraak en Taal

Die vermoë om te kommunikeer sluit die vermoë in om reseptiewe taal te interpreteer, en om ekspressiewe taal te formuleer. Die breinbeseerde kind mag probleme met een of albei hierdie vaardighede hê. Probleme is egter ook moontlik ten opsigte van artikulasie (Lessing 1994b:5; Solarsh, Katz & Goodman 1990c:9-36; Solarsh et al. 1990h:164).

Spraak- en taalfunksies sluit alle vorms van kommunikatiewe gedrag in, waaronder die verstaan en die diskriminasie van die kommunikasie van ander en die formulering en uitvoer van eie boodskappe vir kommunikasie. Taalkommunikasiefunksies sluit abstrakte taalbegrip, ouditiewe begrip, lees, skryf en verbale uitdrukking in. Van die mees algemene kognitiewe, spraak- en taaltekorte wat met breinbesering geassosieer word, is onder meer swak taalprosessering, te konkreetgebondenheid, dat hy inligting stadiger verwerk en dat hy stadiger as voorheen dink. Die tekorte kan tot akademiese probleme aanleiding gee (Bigler 1988:481; Lessing 1994a:43).

Die tipe hoofbesering wat 'n kind opgedoen het, gee 'n aanduiding van die tipe en erns van die taalprobleem wat die Opvoedkundige Sielkundige te wagte kan wees.

In die geval van 'n oop hoofbesering kom meer fokale kneusing of beserings voor wat spesifiek met verswakking van taalfunksies verband kan hou. Inwendige (geslote) hoofbeserings gaan gewoonlik met diffuse breinskade (veelvuldige gedeeltes van brein) gepaard en lei tot 'n algemene beïnvloeding van verskillende tipes taalvaardighede.

'n Afwyking in die vermoë om te kommunikeer word **aphasia** genoem, alhoewel dié term eintlik na die afwesigheid van taal verwys. **Uitdrukkingaphasia** dui daarop dat die kind nie daartoe in staat is om homself verbaal uit te druk nie. Skade aan die breinkorteks kan die rede hiervoor wees (Doman 1988:110). **Reseptiewe aphasia** is die onvermoë om andere se spraak te verstaan. Die voorkoms van werklike **aphasia** (afwesigheid van taal) is baie seldsaam en kom by minder as vyf persent van alle breinbeseerde pasiënte voor (Hughes 1990:39). Wisselende grade van funksionering in taalvaardigheid, wat as **dysphasia** bekend staan, kom meer algemeen voor.

Die tipes dysphasia wat die meeste onder kinders met traumatiese breinbesering gevind word, veral dié met ligte breinbeserings, is meestal subtiel en daarom nie maklik waarneembaar in 'n normale gesprek nie. Dit is noodsaaklik dat 'n Opvoedkundige Sielkundige die pasiënt vir deeglike neuropsigologiese ondersoek sowel as 'n evaluering deur 'n spraakterapeut moet verwys, ten einde ondersteunend of in 'n ortodidaktiese hulphoedanigheid te kan optree.

'n Ortodidaktiese ondersoek sowel as 'n volledige spraak- en taalevaluering deur 'n spraak- en gehoorterapeut sal nie noodwendig alle tipes spesifieke taalversteurings blootlê nie. Voorbeelde van spesifieke taalversteurings is:

- **Agraphia** (dui op 'n onvermoë om gedagtes in taal uit te druk)
- **Dyslexia** ('n steurnis in die persoon se vermoë om te lees of skryf)
- **Anomia** (onvermoë om die name van objekte en mense te gee of uit te druk)
- **Amnestiese reaksie** (dui op 'n onvermoë om die regte woord op te roep)
- **Dysorhria** is die onvermoë om duidelik te praat.
- **Acalculia** dui op die onvermoë om wiskundige berekenings te doen of om te tel, wat met taalversteurings verband kan hou (Hughes 1990:40).

Een van die mees algemene en steurende nagevolge vir die breinbeseerde kind en sy gesinslede is die probleem met die effektiewe en toepaslike gebruik van taal gedurende sosiale verkeer. Die breinbeseerde kind mag probleme ondervind om die regte woord in 'n gesprek of vir 'n situasie te vind. Dit is ook redelik algemeen dat die kind probleme sal ondervind om wat ander op 'n abstrakte vlak aan hom verduidelik, ten volle te verstaan. Verder mag hy dit moeilik vind om gesegdes, humor of grappe te snap (Berko et al. 1970:27).

'n Breinbeseerde persoon kan 'n konkrete gesprek in die algemeen volg, maar mag dit moeilik vind om die fynere punte van die gesprek te begryp of raak te sien. Dit kan natuurlik tot kritiek en misverstande aanleiding gee (Anderson 1963:77). Sodanige taalvermoë het dikwels tot gevolg dat die kind dit moeilik vind om spesifieke aanwysings te volg, veral as die breinbeseerde kind boonop ook aandag- en konsentrasieprobleme ondervind. Dit kan groot probleme vir die breinbeseerde kind inhou, veral op skool (Wender 1971:16).

Dit is vir die Opvoedkundige Sielkundige belangrik dat die meeste kinders met minder ernstige inwendige breinbeserings baie vinnig na die ongeluk (ver kieslik binne 'n jaar) hulle spraak- en taalfunksies moet herwin tot op 'n punt waar die basiese taalvaardighede nie meer 'n probleem is nie. Subtile kommunikasieverliese, byvoorbeeld in die benoeming van 'n voorwerp, ouditiewe prosessering en sinskonstruksie, mag daarna egter steeds voorkom. Die onvermoë om taal binne 'n bepaalde korrekte konteks te gebruik is een van die primêre nagevolge van breinbesering. Breinbeseerde kinders mag die vermoë om spraak te verstaan behou, maar 'n onvermoë manifesteer ten opsigte van die motoriese beplanning en formulering van eie spraak asook die korrekte sintaktiese uitdrukking (Berko et al. 1970:27).

Sommige breinbeseerde kinders gebruik gebaretaal as aanvullende wyse van kommunikasie. Ander mag probleme met fynere motoriese beheer ervaar en dit derhalwe selfs moeilik vind om effektief deur middel van gebare te kommunikeer. Afhangende van die kind se graad van breinbesering en sy vermoëns kan kommunikasieborde en rekenaartegnologie ingespan word om aan die kind 'n funksionele kommunikasiesisteem te bied om hom in staat te stel om sy behoeftes aan ander bekend te maak (Deelman et al. 1990:137).

2.4.6. Persoonlike en Sosiale Gedrag

Persoonlike en sosiale gedrag sluit 'n wye reeks sosiale vaardighede in, waaronder die vermoë om in verhoudings toepaslik teenoor ander persone op te tree. Daar is 'n direkte verband tussen die ouderdom waarop die breinbesering voorkom en die ernstigheid van die gedragsafwyking (Prigatano & Altman 1990:1062).

Die gevolge van 'n kind se breinbesering in terme van sy gedragsveranderinge is kompleks, veelvuldig en verskil uiteraard van individu tot individu (Bolger 1982:67; Fuld & Fisher 1977:19). Die langdurige en potensieel verlamende gevolg van 'n breinbesering kan dramatiese persoonlikheids- en gedragsveranderinge by 'n kind tot gevolg hê (Deaton 1987:558). Breinbeseerdes kan sosiaal eerder ernstig deur emosionele en persoonlikheidsversteurings gekortwiek word as deur hulle kognitiewe en fisieke gestremdheid (Lezak & O'Brien 1988:456). Dit kan hul verhoudinge met ander mense onder druk plaas (Kaplan 1988:3).

Breinbesering gaan gepaard met 'n wye reeks emosionele en gedragsprobleme, insluitende wisselende emosies en gemoedstoestand (Reitan & Herring 1985:643-644). Verder kan daar as gevolg van 'n gebrek aan inhibisies, verminderde selfbeheersing, histeria en impulsiewe gedragsprobleme ondervind word. Bogenoemde is verantwoordelik vir baie van die impulsiewe en onbehoorlike gedrag wat by breinbeseerde kinders waargeneem word (Hughes 1990:9).

Die breinbeseerde kind se vermoë om op die regte sosiaal-aanvaarbare gedrag te besluit word ernstig beïnvloed deur sy tekortkominge. Vir die breinbeseerde adolessent is die gevolge traumaties, wat weer depressie, verwerping en lae selfagting tot gevolg kan hê. Op skool kan die breinbeseerde kind sku, hipersensitief en "anders" voorkom.

Hy het ook nie die vermoë om lank te konsentreer en hom aan 'n taak te wy nie. Hy word selde as lid van 'n groep aanvaar, wat kan lei tot 'n gevoel van verwerping. Soms raak breinbeseerde kinders so gefrustreerd dat hulle hulself in impulsiewe en irrassionele gedrag uitdruk (Gordon 1969:90). Wat die saak vir die breinbeseerde kind verder bemoeilik is dat hy dit moeilik vind om sosiaal-aanvaarbare gedrag akkuraat te definieer of om op alternatiewe, meer aanvaarbare gedrag te besluit en daarvolgens op te tree (Rie & Rie 1980:334).

Gedragsprobleme kan gevolglik 'n ongunstige invloed hê op die kind se vermoë om sosiaal met sy vriende, ouderdomsgenote, sy gesin, die Opvoedkundige Sielkundige en ander professionele persone in interaksie te tree, weens emosionele, persoonlike en psigopatologiese versteurings. Breinbeseerde kinders kan daaglik deur van die volgende emosionele en persoonlike versteurings gekortwiek word:

- agitasie
- aggressie
- woede-uitbarsting
- angs
- apatie/afsydigheid
- kinderagtigheid
- ontkenning, byvoorbeeld dat hy hulp nodig het
- isolasie
- depressie
- onttrekking en isolasie
- hulpeloosheid
- ongeduld
- prikkelbaarheid
- misverstande van wat ander bedoel het
- verbeeldingsvlugte
- onvermoë om uit ondervinding te leer
- fobies

- impulsiwiteit
- rusteloosheid
- gebrek aan beplanning en dryfkrag
- ongelukkigheid
- gebrek aan empatie
- vermeerderde of verminderde seksuele belangstelling
- sosiale interaksie
- agterdogtigheid
- woede
- ongelowigheid
- gebrek aan insig
- onttrekking wat met isolasie verband hou
- enurese

(Kaplan 1988:3; Lezak & O'Brien 1988:457; Martin 1988:466; Prigatano & Altman 1990:1062).

Die skrywer wil graag hier die *PAI (Portland Adaptability Inventory)* voorhou wat met vrug deur Opvoedkundige Sielkundiges gebruik kan word. (kyk Bylaag C). Hiermee kan vasgestel word met watter probleme 'n breinbeseerde kind te kampe het. Verder kan die inligting gebruik word om 'n bydrae tot die planmatige behandeling van die breinbeseerde te lewer, aangesien een van die grootste probleme in die beplanning van behandeling juis is om begrip te verkry van wat die uiteenlopende probleme van die breinbeseerde pasiënt is (Kaplan 1988:7).

Die *PAI* is 'n bruikbare en betroubare instrument waarmee verwantskappe tussen persoonlike dimensies, sosiale gedrag, aktiwiteite en fisieke vermoëns sistematies waargeneem en vergelyk kan word (Lezak 1987:58-64; Lezak & O'Brien 1988:463).

Die inligting wat met die toepassing bekom word, kan die Opvoedkundige Sielkundige in staat stel om sy kliënt van hulp te wees.

Deelman et al. (1990:77-81) klassifiseer drie soorte oorhoofse gedragsprobleme, wat vervolgens bespreek word naamlik:

- selfversorgingsverliese
- tekorte wat primêr van 'n kognitiewe aard is
- interpersoonlike vaardigheidsverliese.

(i) Selfversorgingsverliese

Selfversorgingsverliese kom voor in gevalle van ernstige breinbesering. Die breinbeseerde kan onder meer probleme ondervind met die hantering en gebruik van eetgerei, die kou en sluk van voedsel en swak tafelmaniere kan manifesteer (Solarsh et al. 1990a; Solarsh et al. 1990b:A8-28; Solarsh et al. 1990g:56). Soms moet die breinbeseerde verder 'n streng dieet volg. Die breinbeseerde mag dit moeilik of selfs onmoontlik vind om homself aan te trek en die toilet te gebruik, veral as hy geneig is om spasmas te kry. Dit mag ook noodsaaklik wees om voortdurend oor die breinbeseerde toesig te hou of toesig te reël (Berko et al. 1970:7; Solarsh et al. 1990g:57-580; Solarsh et al. 1990b:A32-42). Bogenoemde verliese het vanselfsprekend 'n nadelige invloed op die kind se selfbeeld, omdat hy nie in staat is om selfversorgingstake selfstandig te verrig nie (Jacobs & Vrey 1982:55; Rie & Rie. 1980:357). Dit lei dan ook dikwels daartoe dat sy eertydse vriende, ouderdomsgenote en gesinslede ongemaklik voel om met die kind in 'n verhouding te tree (Deelman et al. 1990:80).

(ii) Gedragsprobleme wat primêr van aard is

Impulsiwiteit (optrede sonder om aan die gevolge van daad te dink) sowel as ongeïnhibeerde handeling blyk algemeen en primêr aan kognitiewe verliese by die breinbeseerde toegeskryf te word. Impulsiwiteit by die kind dui op reaksie sonder om aan die gevolge van daad na te dink.

Die breinbeseerde kind vind dit moeilik om sosiaal-aanvaarbare klaskamergedrag te inhibeer. Die gevolg is dat die breinbeseerde byvoorbeeld 'n antwoord op 'n vraag uitroep nog voordat dit volledig geformuleer is (wat dan natuurlik meestal verkeerd is). 'n Ander vorm van problematiese gedrag is die impulsiewe, sosiaal-onaanvaarbare seksuele gedrag wat veral by adolessente voorkom. Sodanige gedrag staan as swak seksuele inhibisie bekend (Berko et al. 1970:21).

Die breinbeseerde kind het 'n probleem om hom by nuwe situasies aan te pas. Perseverasie is veral algemeen. Die kind kan dus slegs een eenvoudige respons op 'n keer uitvoer en vind dit moeilik om na 'n ander aktiwiteit oor te gaan (Berko et al. 1970:21; Lessing 1994a:38). Dit is vir die kind moeilik om by 'n veranderde roetine, (byvoorbeeld etenstyd wat verskuif is of daaglikse tydroosters en roetines wat gedurende die dag en tydens vakansies mag verander) aan te pas. Selfs relatief klein veranderinge soos om te verskuif van een klaskamer (lokaal), na 'n ander, of van een kamer in die huis na 'n ander, kan tot verhoogde angs, woede-uitbarstings en impulsiwiteit lei. Elke verandering in 'n alledaagse of bekende situasie kan stres en uitbarstings by die kind veroorsaak omdat dit sy sekuriteit kan bedreig (Berko et al. 1970:21). Dit kan tot katarsisgedrag en woede-uitbarstings aanleiding gee en tot situasies waar die kind nie funksioneel op eise reageer nie.

Ander primêre gedragsprobleme van 'n kognitiewe aard is prikkelbaarheid, gebrek aan motivering, onwilligheid en onvermoë om aandag te gee, asook die sosiaal-onaanvaarbare gebruik om voortdurend 'n gesprek te onderbreek. Genoemde gedragskomponente kan vir gesinslede, onderwysers en klasmaats baie hinderlik wees. Dit kan lei tot situasies waar sosiale druk op die breinbeseerde geplaas word om op 'n sosiaal meer aanvaarde wyse op te tree.

Gebrek aan motivering by die breinbeseerde lei dikwels tot probleme in sosiale situasies. Waar die frontale lob van die breinbeseerde beskadig is, sal die kind veral 'n probleem ondervind met 'n gebrek aan kreatiwiteit asook die inisiëring van gedrag (Deelman et al. 1990:80).

Dit is dikwels vir die breinbeseerde moeilik om 'n taak af te handel sonder voortdurende bystand en struktuur (Weinberg, Diller, Gordon, Gerstman, Lieberman, Lakin, Hodges & Ezrachi 1979:495). Hierdie tendens word vererger deur die traagheid van die breinbeseerde kind, en die feit dat hy dikwels moeg en besonder stadig in die uitvoering van take is (Deelman et al. 1990:80).

(iii) Interpersoonlike vaardigheidsverliese

Die derde oorhoofse tipe gedragsprobleme wat 'n breinbeseerde kind ondervind is die verlies van interpersoonlike vaardigheid. Sy houding van sosiale ongevoeligheid dien as 'n beskermingsmeganisme en is 'n wyse waardeur hy poog om homself te handhaaf. Traagheid of onwilligheid om 'n taak te verrig mag 'n verdedigingsmeganisme wees om sy onvermoë om die taak te verrig, te verberg. Dit kan ook 'n verdedigingsmeganisme wees weens 'n vrees om te faal. Probleme met frustrasiehantering skaad die kind se motivering. Selfs die eenvoudigste take mag vir die breinbeseerde kind frustrerend wees en hom maklik ontmoedig. Emosionele uitbarstings, verminderde selfbeheersing en aggressiewe gedrag is algemene nagevolge van skade aan die limbiese sisteem of frontale lobbe in die brein. 'n Voorbeeld hiervan is wanneer 'n kind skielik onverklaarbare gemoedsveranderinge asook reaktiewe gedrag openbaar deur soms te lag en soms te huil sonder enige sosiaal-aanvaarbare, grondige rede (Prigatano & Altman 1990:1058).

Katarsisgedrag word gewoonlik voorafgegaan deur 'n sweetuitbarsting, blosing, 'n versnelde polsslag en asemhaling. Katarsis- en soms bizarre gedrag is onvoorspelbaar en word gekoppel aan ontoereikende inhibisies; dit skep die potensiaal vir onvoorspelbare gedrag selfs lank na die breinbesering (Hughes 1990:44; Prigatano & Altman 1990:1058).

Dit is te verstane dat bogenoemde interpersoonlike vaardigheidsverliese 'n direkte oorsaak van sosiale interaksieversteurings kan wees (Nass & Koch 1987:98). Breinbeseerde kinders kan 'n verminderde bewustheid van sensitiwiteit of 'n affektiewe versteuring ten opsigte van dit wat om hulle gebeur ondervind, en dit ook moeilik vind om hulle in woorde uit te druk.

Hulle reageer nie op subtiele gebare, gedrag en abstrakte kommunikasie van diegene om hulle nie en sukkel om hul eie gedrag as toepaslik of ontoepaslik te evalueer. Verder word sosiale aanpassing deur die breinbeseerde kind se behoefte aan fisieke kontak beïnvloed, wat tot verleentheid by ander lei omdat die kind voortdurend aan hulle wil vat, aangesien die kind "contact driven" is (Anderson 1963:71).

Sosiale en gedragsprobleme kom algemeen by breinbeseerde kinders voor. Die graad van ontoereikende gedrag hou regstreeks met die graad van breinbesering verband. Sosiale en gedragsprobleme kan selfs verwag word by kinders wat geringe breinbeserings opgedoen het. Deelman et al. (1990:81) het gevind dat daar 'n verband is tussen die tydperk wat die breinbeseerde persoon bewusteloos was na sy hoofbesering en sy sosiale aanpassing daarna. 'n Verandering in die persoonlikheid, delusies, paranoia en psigososiale versteurings is van die talle gevolge wat by geringe breinbesering kan voorkom. Hierdie manifestasies word dikwels verwar met ander psigologiese of gedragsprobleme, byvoorbeeld skisofrenie en ander psigopatologiese versteurings (Deelman et al. 1990:77).

Die breinbeseerde se gesinslede voel geweldig gefrustreerd omdat die breinbeseerde kind na hulle mening geheel en al 'n "persoonlikheidsverandering" ondergaan het. "Change of personality implies an alteration in the patient's habitual attitudes and patterns of behaviour, so that his reactions to events and people are different. This may occur as a persistent sequel of head injury and is undoubtedly one of the most distressing after-effects for the families of the victims" (Lezak & O'Brien 1988:456).

Soms ervaar die gesin sosiale verleentheid wanneer hulle skielike gemoedsveranderinge of fisiek aggressiewe gedrag van die kind in geselskap of in die openbaar moet hanteer.

Met behoorlike beheertegnieke, rehabilitasieprogramme en professionele hulp kan die breinbeseerde kind gehelp word om sy verhoudings met sy skoolmaats, vriende, gesinslede, familielede en persone in die gemeenskap te verbeter (Hughes 1990:45). Die Opvoedkundige Sielkundige moet ook in dié opsig voortdurend ondersteunend en hulpgewend teenoor sy klient/e kan optree.

2.4.7. Kognitiewe gedragsversteurings, abstraksie, probleemoplossing, logika, analise en sintese

Die meeste pasiënte wat 'n ernstige breinbesering opgedoen het, ondervind probleme met leerhandeling. Dit bestaan gewoonlik uit verminderde of stadiger leervermoë en word vererger deur ontoereikende herroeping van inligting. 'n Breinbeseerde pasiënt is dikwels nie in staat om dit wat hy geleer het, toe te pas nie, selfs al kan hy nuwe inligting in sy geheue berg. Dié breinbeseerde se grootste beperking kom uit sy versteurde vermoëns om komplekse gedrag te vertolk en te verwerk. Die rede hiervoor is dat die breinbeseerde stimulusgebonde en konseptueel rigied is (Lezak 1986:242).

Komplekse kognitiewe funksie is 'n term wat gebruik word om 'n groot aantal soorte denke en gedrag te beskryf (Henry 1984:198-204). Hierdie funksie kan om verskeie redes as ingewikkeld of kompleks beskou word.

Die werking van die brein, byvoorbeeld om inligting via meer as een sensoriese modaliteit te ontvang, en dit dan te integreer met inligting wat uit die geheue herroep is (assimilasie en akkommodasie van nuwe inligting), is alles behalwe eenvoudig. Die mens bevind hom daagliks in talle sosiale situasies wat vereis dat baie inligting wat via die sensoriese modaliteite ontvang word, vinnig verwerk moet word.

Komplekse kognitiewe funksies sluit die vermoë in om oor toepaslike gedrag van een na 'n ander situasie te besin en daaroor te besluit en dan volgens dié besluit te handel. Dit behels dus die vermoë om 'n situasie korrek te analiseer en daarna met 'n korrekte respons vorendag te kom. 'n Breinbeseerde kind ondervind met al bogenoemde aspekte probleme.

Die breinbeseerde kind het 'n verminderde vermoë om inligting wat via die sintuie ontvang word, te prosesseer en probleme op te los en om op die analise en sintese van sy gegewe situasie te konsentreer. Die responsiewe gedrag is dus dikwels onaanvaarbaar of vreemd (Martin 1988:466). Probleme op hierdie gebied word dikwels ontken omdat dit neurologies moeilik evalueerbaar is. Tekortkominge en verliese aan bogenoemde komplekse vaardighede kom redelik algemeen by breinbeseerde kinders voor en is dikwels die onderliggende rede vir oënskynlike gedragsprobleme (Hughes 1990:10). Talle van die situasies waarin die breinbeseerde kind hom bevind, is emosioneel gelaai, wat die verstaanbaarheid, besluitneming en reaksie op 'n situasie baie moeiliker maak. Om dié rede het kinders wat 'n breinbesering opgedoen het, dikwels probleme om binne 'n sekere situasie toepaslik op te tree (Berko et al. 1970:44).

Bigler (1988:481) identifiseer die volgende mees algemene kognitiewe gedragsversteurings wat met breinbesering verband hou:

- versteurde oriëntasie ten opsigte van tyd, plek, ruimte en situasie (Korsakoffsindroom) (Stein et al. 1974:485)
- onvermoë om aandag te gee
- versteurde konsentrasievermoë
- wanfunksionerende geheue
- swak impulsbeheer
- geneigdheid tot konkrete eerder as abstrakte denke
- versteurde taalprosessering
- stadige denkt tempo
- ontoereikende verwerkingstempo
- onstabiele optrede
- stadige optrede
- rigiditeit en onbuigsaamheid
- verminderde geestelike en fisieke volharding
- probleme om taakgeoriënteerd te bly
- verminderde inisiatief en kreatiwiteit
- verminderde vermoë om kennis te veralgemeen en toe te pas
- versteurde oordeel
- versteurde probleemoplos-vaardigheid
- lae frustrasietoleransie
- vermoeidheid

Anderson (1963:23) identifiseer verder ook die volgende kognitiewe gedragsversteurings:

- perseverasie en kompulsiewe gedrag
- gebrek aan drie-dimensionele insig in probleme
- probleme om net aan een aspek/instruksie op 'n slag aandag te gee.

'n Breinbeseerde het dikwels probleme om sy gedrag toereikend te organiseer. Selfs 'n adolessent met geringe breinbesering, het dikwels probleme om op datum te bly met skoolwerk en huiswerk. Gestruktureerde beplanning, asook doelgerigtheid ten opsigte van voltooiing van opgelegde take, mag afwesig of nadelig geaffekteer wees, met die gevolg dat die kind se gedrag dikwels nie aan die verwagtings wat gestel word voldoen nie of sosiaal onaanvaarbaar kan voorkom (Berko et al. 1970:19).

Die breinbeseerde kind ervaar heel dikwels probleme met abstrahering. Dit manifesteer in probleme met veralgemening of om aan te dui hoe een situasie van 'n ander verskil. Probleme met abstraksie kan aan ontoereikende sosiale oordeel verwant wees wat ook 'n algemene probleem by breinbeseerdes kan wees (Hughes 1990:43).

Versteurings in hoër kognitiewe funksies word dikwels gesien as 'n probleem met die berg en herroep van inligting (Martin 1988:466). 'n Noukeurige evaluering van hierdie aspek gee dikwels 'n aanduiding van probleme met vermoëns ten opsigte van die volgende twee terreine:

- 'n Onvermoë om relevante aspekte en eienskappe van komplekse situasies te herken in 'n poging om 'n probleem op te los; en
- 'n Onvermoë om toepaslike gedrag in alledaagse situasies te openbaar (Hughes 1990:43).

Die gevolg van bogenoemde twee soorte versteurings is dikwels gedrag wat onvanpas en afwykend is. As die kind glad nie 'n komplekse situasie kan beoordeel nie, sal hy ook nie in staat wees om 'n toepaslike gedragsrespons te formuleer nie.

As abstraksievaardighede versteur is, kan dit vir die breinbeseerde onmoontlik wees om tussen dié twee situasies te onderskei en om te kan sê wat die toepaslike gedrag vir elk van die situasies moet wees. Gedrag tuis mag byvoorbeeld onvanpas wees vir die klaskamersituasie (Hughes 1990:44).

Ander verwante probleme sluit die onvermoë in om aan te pas by veranderinge en nuwe situasies, wat nuwe omgewings, roetines, situasies, strukture en mense kan insluit (Martin 1988:466). 'n Breinbeseerde is dikwels nie in staat om by alledaagse omstandighede aan te pas, sy eie program rakende aanpassende gedrag te ontwikkel, nuwe gedrag aan te leer of selfstandig take te verrig nie (Lezak 1986:242).

2.4.8 Vermoeidheid en Stres

Weens die breinbeseerde kind se veelvuldige tekorte en probleme met die verrigting van eenvoudige take, verg dit groter geestelike inspanning van hom om selfs die eenvoudigste take te verrig.

Die breinbeseerde kind beskik nie noodwendig oor die vermoë om stres op 'n natuurlike wyse te hanteer nie, met die gevolg dat die kind gouer moeg word, stadiger is, rusteloos voorkom, swak konsentreer, buierig is, dikwels hoofpyn en migraines kry en probleme met uithouvermoë ervaar (Long, Gouvier & Cole 1984:44). Genoemde faktore dra by tot die swak hantering van probleme en situasies wat vir die gewone persoon minder stresvol is. Die onvermoë om stres te hanteer kan daartoe lei dat die breinbeseerde kind dikwels prikkelbaar, gefrustreerd, gespanne en angstig is. Hierdie faktore, sowel as die probleme wat die breinbeseerde met impulsbeheer ervaar, word gewoonlik toegeskryf aan die teenwoordigheid van gedragsprobleme (Hughes 1990:10).

2.5 BREINBESERING TYDENS VERSKILLENDEN FASES VAN BREINONTWIKKELING

Die feit dat die kranium van geboorte tot en met volwassenheid groei, wys dat die brein voortdurend groei. Die gewig van die brein neem dwarsdeur hierdie tydperk dramaties toe (Rourke, Bakker & Fisk 1983:27). Breinbeserings wat op verskillende ouderdomme opgedoen is manifesteer in verskillende versteurings en gevolge (Stein 1974:149). Eenvoudige gebiede soos die netvormige, ingewikkelde aktiveringsstelsel asook die primêre motoriese en sensoriese gebiede, ontwikkel van die oomblik van bevrugting tot aan die einde van die kind se eerste lewensjaar. Die meer ontwikkelde sekondêre motoriese en sensoriese gebiede ontwikkel van bevrugting tot aan die einde van die kind se vyfde lewensjaar.

Om te leer loop is 'n funksie van die korteks, wat die ontwikkeling van sekondêre motoriese vaardighede betrek (Doman 1988:56). Die meer integrerende gedeeltes van die brein staan bekend as die tersiêre dele van die brein en ontwikkel van vyf- tot agtjarige leeftyd in die pariëtale lobbe en van tien- tot twintigjarige leeftyd in die frontale lobbe van die brein.

Dit is vir die Opvoedkundige Sielkundige nodig om op die verskillende natuurlike ontwikkelingsfasies van die brein te let en dit met die gevolge van breinbesering op verskillende funksies, asook die gedrag van die kind op verskillende ouderdomme, te korreleer. Daar moet ook op gelet word dat die ouderdom waarop die breinbesering opgedoen is, maar net één faktor is wat in aanmerking geneem moet word. Die ernstigheid van die besering, asook of die besering fokaal of diffuus is, is van kardinale belang by die bepaling van die aard en graad van die daaropvolgende versteurings en gestremdheid van die kind.

Verder is dit belangrik om daarvan kennis te neem dat die beskadiging van onontwikkelde senuweefsel geen onmiddellike gedragsgevolg mag hê nie. Funksionele verliese mag egter op 'n latere ouderdom duidelik blyk, naamlik wanneer funksionering van die beskadigde breingedeelte afhanklik raak (Rourke et al. 1983:106).

Die netvormige aktiveringstelsel (NAS) speel 'n baie belangrike rol in die behoud van volgehoue aandag en konsentrasie. Die NAS ontwikkel namate die fetus ontwikkel en hoewel dit reeds met geboorte funksioneer, tree dit eers twaalf maande na die verwekking van die baba ten volle in werking. Die NAS is veral gedurende dié twaalf maande van ontwikkeling sensitief vir beserings. Breinbesering gedurende dié tydperk kan ~~aandagsteurnisse~~ tot gevolg hê wat problematies vir leer kan wees (Prigatano 1988:40). Die gebiede in die brein wat vir die basiese, primêre aspekte van sensoriese ontvangs en motoriese uitsette verantwoordelik is, ontwikkel saam met die NAS (Hughes 1990:46). Response verwant aan dié dele van die brein soos huil, gryp, herkenning van stemme, oorheers gedurende die eerste paar maande van die kind se lewe (Hughes 1990:46).

Dit is belangrik om daarop te let dat wanneer besering baie vroeg in die kind se lewe, aan die primêre dele van die brein voorkom, die brein daarvoor kan kompenseer. 'n Voorbeeld is waar die primêre ouditiwe area in die regterhemisfeer van die brein kort na geboorte totaal vernietig is, mag die ooreenstemmende gebied in die linkerhemisfeer geheel en al daarvoor kompenseer. Die mate van kompensasie deur ander dele van die brein neem egter stelselmatig af, namate die kind ouer word.

'n Breinbesering wat op 'n latere ouderdom (ná een jaar) skade aan die primêre areas doen kan 'n algehele of gedeeltelike onvermoë om via 'n bepaalde sensoriese modaliteit inligting te ontvang of te verwerk tot gevolg hê; dit kan selfs aanleiding gee tot ambulاسie (loopafwyking).

Die ontwikkeling van die sekondêr-motoriese en sensoriese gebiede duur voort van die kleuterjare tot en met die vroeë skooljare. 'n Voorbeeld van dié ontwikkeling is skeidingsangs, wat manifesteer in 'n versigtigheid en/of vrees vir 'n vreemdeling, afhangende daarvan of die persoon herken word of nie. Herkenning dui op komplekse visuele onderskeidingsvermoë. Beter oog-hand koördinasie en die aanleer van loop is albei tekens van sekondêr-motoriese ontwikkeling. Gedurende hierdie fase van ontwikkeling, vestig die brein een hemisfeer as dominerend vir taal en die ander vir nie-verbale vaardighede. Fokale skade wat voor die ouderdom van twee jaar voorkom, kan lei tot die oordrag van 'n bepaalde funksie na 'n ander hemisfeer byvoorbeeld die wysiging van dominante handgebruik van links na regs (Lezak & O'Brien 1988:460). Die graad en gehalte van die oordrag van funksies neem ten tye van breinskade progressief af volgens die ouderdom van die kind. Meer diffuse breinskade soos dikwels by traumatiese breinbesering die geval is, kan veroorsaak dat funksies in mindere mate van een na 'n ander hemisfeer oorgedra word.

Die integrale dele van die pariëtale lobbe is baie aktief, veral van vyf- tot agtjarige leeftyd. Hierdie dele vervul 'n uiters belangrike rol by die uitvoer van die meeste opvoedkundige vaardighede soos skryf, reken, lees, taal, logika, benoeming en kategorisering. Die belangrikste intelligensietoetse meet vaardighede wat aan hierdie tersiêre areas verwant is. Beserings van vyf- tot agtjarige leeftyd kan aansienlike leerprobleme tot gevolg hê, veral met ekspressiewe taal (Waaland & Kreutzer 1988:52). Die "verborge" gevolge van vroeë beserings word dikwels eers sigbaar as die kind skoolgaande ouderdom bereik. 'n Kind wat op tweejarige leeftyd beserings aan die tersiêre dele van die brein opgedoen het, mag op vierjarige leeftyd nog geen defekte vertoon nie, maar dalk wel op sesjarige ouderdom. Die rede hiervoor is dat die gespesialiseerde breinareas nog nie op dié vroeë ouderdom funksioneel is nie - leerprobleme mag egter teen skoolgaande ouderdom manifesteer (Waaland & Kreutzer 1988:52).

Die tersiêre dele van die frontale lobbe is verantwoordelik vir die mees komplekse integrasie van verskillende visuele en ouditiwe inligting en response via verskillende sensoriese modaliteite. Die ontwikkeling van dié dele wissel van persoon tot persoon, maar begin op nagenoeg twaalfjarige leeftyd en eindig wanneer die persoon omtrent twintig jaar oud word of vroeë volwassenheid betree.

Die vermoë om abstrakte konsepte te verstaan, die organiserings- en beplanningsvaardighede, die inhibering van impulse en die evaluering van gedrag ontwikkel gedurende hierdie stadium. Beserings gedurende die tydperk waarin bogenoemde vaardighede ontwikkel, kan tot ernstige gedragsversteurings aanleiding gee omdat die persoon dan nie in staat is om abstrakte situasies te analiseer en identifiseer nie. Verder mag hy dit moeilik vind om gedragsimpulse te beheer, en te konsentreer, omdat sy vermoë om response komende van die sensoriese en persepsuele stimuli te beheer, versteur is (Hughes 1990:47).

2.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar op die aard en omvang van breinbesering by kinders gefokus. Daar moet in alle gevalle in gedagte gehou word dat baie faktore tot die reaksie en/of herstel van 'n kind na breinbesering kan bydra (Dikmen, McLean, Temkin & Wyler 1986:512). Sonder 'n deeglike begronding van bogenoemde aspekte, sou dit nie moontlik gewees het om 'n hulpverleningsprogram aan die hand waarvan Opvoedkundige Sielkundiges gesinne waarin daar breinbeseerde persone voorkom, kan help nie.

In hoofstuk 3 sal daar op hierdie hoofstuk voortgebou word deur te bepaal hoë lede van die gesin die breinbeseerde kind beleef en aan hom betekenis gee en die stres wat daarmee gepaard gaan.

HOOFSTUK 3

DIE GESIN SE BELEWING VAN DIE BREINBESEERDE KIND EN DIE STRES WAT DAARMEE GEPAARD GAAN

3.1 INLEIDING

3.2 DIE BELEWINGE VAN DIE GESIN VAN 'N BREINBESEERDE KIND

3.3 STADIA VAN GESINSAANPASSING

3.3.1 PRIMêRE FASE

3.3.1.1 GEVOELENS VAN INTENSE SKOK EN ANGS

3.3.1.2 ONTKENNING

3.3.1.3 VERDRIET, DEPRESSIE EN ONTTREKKING

3.3.2 SEKONDêRE FASE

3.3.2.1 WOEDE

3.3.2.2 SKULD

3.3.2.3 TEENSTRYDIGE GEVOELENS

3.3.2.4 SKAAMTE EN VERLEENTHEID

3.3.3 TERSIêRE FASE

3.3.3.1 ONDERHANDELING

3.3.3.2 HERORGANISERING

3.3.3.3 AANVAARDING EN AANPASSING

3.4 BRONNE WAT STRES BY DIE GESIN VEROORSAAK

3.4.1 ONSEKERHEID OOR DIE PROGNOSE

3.4.2 VERANDERINGE IN KOGNITIEWE FUNKSIONERING EN
PERSOONLIKHEID VAN DIE BREINBESEERDE

3.4.3 DIE EISE VAN LANGTERMYNREHABILITASIE VIR DIE GESIN

3.4.4 FINANSIES

3.4.5 DIE VRAAG OF DIE GESIN VAN DIE BREINBESEERDE KIND
AS GESIN SAL OORLEEF

3.5 DIE GESINNE VAN BREINBESEERDE KINDERS SE VERWERKING VAN STRES

3.5.1 DIE GESIN EN DIE BREINBESEERDE KIND

3.5.2 BRONNE TOT BESKIKKING VAN DIE GESIN VAN 'N
BREINBESEERDE KIND

3.5.3 HOE GESINNE STRES HANTEER

3.6 SAMEVATTING

HOOFSTUK 3

DIE GESIN SE BELEWING VAN DIE BREINBESEERDE KIND EN DIE STRES WAT DAARMEE GEPAARD GAAN

3.1 INLEIDING

Uit die loodsondersoek het geblyk dat die gesin nie voldoende voorberei word op die stres wat hulle ten opsigte van die hantering van die breinbeseerde kind in die gesinsopset te wagte kan wees nie. Ten einde aan te sluit by die navorsingsvraag, word daar in hierdie hoofstuk vanuit die literatuur op die gesin se belewing van die breinbeseerde kind en die stres wat daarmee gepaard gaan, gelet. Die studie kyk na breinbesering as 'n gesinskrisis, met ander woorde die belewinge van die gesin; die stadia van gesinsaanpassing; bronne wat stres by die gesin veroorsaak en die hantering van dié stres. Kennis van bogenoemde aspekte sal die Opvoedkundige Sielkundige in staat stel om die breinbeseerde kind, die gesin in sy geheel en elke individuele gesinslid te help.

3.2 DIE BELEWINGE VAN DIE GESIN VAN 'N BREINBESEERDE KIND

'n Kind wat 'n breinbesering opdoen sal uiteraard vir enige gesin 'n troumatiese gebeurtenis en 'n krisis wees (Martin 1988:464; Mauss-Clum & Ryan 1981:165-169; Rogers & Kreutzer 1984:344). Volgens Rapp (1986:101) ly die gesin onder 'n breinbesering "...because an injury to a child also represents an injury to a family." Die gesin kan selfs meer ly as die breinbeseerde, omdat die breinbesering veranderde gedrag by die breinbeseerde meebring, die intellek van die breinbeseerde beïnvloed en ook die verantwoordelikhede en rolle van lede van die gesin verander (Rapp 1986:18; Waaland & Kreutzer 1988:52).

Min gesinne kan die veranderinge en gedragsprobleme wat met 'n kind se breinbesering gepaard gaan voorsien. Omdat hulle nie die meganismes van breinbesering verstaan of kennis van die aard van die breinfunksies het nie, of weet hoe breinbeseerdes hulle soms gedra nie, kan hulle die sielkundige veranderinge wat intree, nie antisipeer nie. Die gedrag wat die breinbeseerde soms openbaar, word deur gesinslede se onrealistiese en optimistiese verwagtinge vererger. Die meeste gesinne verwag gedurende die vroeë stadium van hulpverlening nog dat die breinbeseerde ten volle of byna ten volle gaan herstel (Lezak 1986:243).

Medici wat pasiënte evalueer en behandel dra dikwels by tot dié onrealistiese verwagtinge rakende die kind se herstel. Waar medici selde met traumatiese breinbesering te doen het, mag hulle hul oordele rakende die "herstel", op sensoriese en motoriese kriteria grond. Dit wil voorkom of kliniese personeel baie keer aanneem dat die breinbeseerde kind sielkundig ongeskonde is wanneer sy sensoriese en motoriese funksies, sy vermoë om vir homself te sorg en sy response op ondersoeke bevredigend blyk te wees (Telzrow 1987:537). Die gesin word dikwels ingelig dat die breinbeseerde sal "herstel" en daarmee word die verwagting geskep dat die pasiënt se karakter en vermoëns soos voor sy ongeluk weer te voorskyn sal tree (Lezak 1986:243).

Ervare mediese personeel verwag dat die kind wat matige tot ernstige breinbeserings opgedoen het, wel 'n laer vlak van sosiale vaardigheid, gemeet teen sy vaardigheid voor sy besering, sal bereik. Waar mediese personeel die term "herstel" gebruik, word "beterskap" bedoel, maar dit word nie so aan die gesinslede verduidelik nie. Die gesinslede verstaan egter onder "herstel" 'n terugkeer na die toestand soos voor die besering. Die rede hiervoor is dat min gesinslede ervaring het van ongelukke wat permanente veranderinge tot gevolg gehad het.

Vinnige herstel, wat deel is van die "spontane herstel-tydperk", skep optimisme en hoop (Prigatano, Fordyce, Zeiner, Roueche, Pepping & Wood 1984:512). Dit is logies dat gesinne wat daagliks die kind se merkwaardige vordering aanskou sal verwag dat sy herstel teen dieselfde tempo sal voortduur. Dikwels vind gesinslede dit baie moeilik om die werklike omvang van die kind se besering te verwerk. Gesinslede wat baie godsdienstig is mag die feit dat die kind die ongeluk oorleef het, sien as 'n teken van goddelike ingryping, wat hulle verwagtinge op 'n volkome herstel aanwakker – met die gevolg dat die realiteit eers na 'n lang tydperk van konflik en frustrasie begin deurbreek (Lezak 1986:243).

Hoewel dit miskien nie moontlik is om die totale omvang van die breinbeseerde kind se invloed op die gesin ten volle te begryp nie, is dit van die uiterste belang vir die Opvoedkundige Sielkundige om die gesin se aanpassing, die patrone waarvolgens hulle die probleem die hoof bied en hulle spesiale perspektiewe te probeer begryp. Verder is dit nodig om toe te gee dat die gesin 'n belangrike rol in die rehabilitasieproses speel en om te erken dat daar stres is, aangesien die gesin dikwels die sleutel tot die suksesvolle rehabilitasie en heropname van die breinbeseerde in die samelewing is (Karp & Flowers 1988:364; Prigatano 1987:612; Waaland & Kreutzer 1988:54).

'n Breinbesering plaas die gesin, ook individuele gesinslede, onder groot druk (Risser 1987:1; Thomsen 1981:49-50). So 'n gebeurtenis mag onder meer frustrasie, prikkelbaarheid, skok, angs, hartseer, depressie, verleentheid, smart, verwyt, skuld, woede, ontkenning, ongeloof en kroniese verdriet van gesinslede meebring (Gargiulo 1985:18; Rogers & Kreutzer 1984:344; Siblings of Children with Disabilities 1979:C31).

Hoe die individuele gesinslede oor die korttermyn en langtermyn daarby aanpas sal verskil volgens individuele rolvertolkings binne die gesin. 'n Primêre risiko is die ontwikkeling van 'n skuldgevoel by gesinslede, of die neiging om skuld op 'n ander te plaas in antwoord op vrae soos "Hoekom...?" of "Wat as...?" (Gargiulo 1985:27).

In die soek na 'n oorsaak vir die breinbesering kan lede van die gesin verstrik raak in beskuldigings. Daar word gesoek na iemand wat moontlik verantwoordelik was of tot die trauma kon bygedra het. Die gevolg is dat die gesinseenheid en natuurlike gesinsgenesing deur die woede jeens 'n ander versteur word, wat kan veroorsaak dat die genesing baie langer duur. Kerngesonde gesinne beskuldig mekaar erg ten tye van die breinbesering, maar het ook die nodige stabiliteit en buigsaamheid om kwade gevoelens ter syde te stel en aan 'n nuwe gesinsfunksioneringstelsel te begin aandag gee (Gargiulo 1985:29). Gesinne wat hierdie fase die beste hanteer oorkom hulle baie natuurlike skuldgevoelens en soek na maniere om die lede van die gesin te herorganiseer (Gargiulo 1985:27).

Gesinstabiliteit, die geestesgesondheid van die ouers, sosio-ekonomiese status en die beskikbaarheid van eksterne en interne hulpverlening aan die gesin na 'n krisis, bepaal die gevolge wat die breinbesering van 'n kind vir die gesin inhou. Daar is 'n verband tussen die beskikbare sosiale ondersteuning en die aanpassing van die gesin aan die een kant en die psigososiale gevolge wat die breinbesering op lede van die gesin het aan die ander kant (Waaland & Kreutzer 1988:54). Al hierdie probleme beïnvloed natuurlik die breinbeseerde kind self ook (Moore, Van Hasselt, Ammerman & Hersen 1994:56).

3.3 STADIA VAN GESINSAANPASSING

Ouers reageer op verskillende maniere op hulle kind se breinbesering.

Dit is bykans onmoontlik om te voorspel watter tipe reaksie elke gesinslid sal toon (Burr & Klein 1994:195). By sommige gesinne is 'n kind se breinbesering 'n tragedie, by ander gesinne 'n krisis wat oorkom kan word; ander gesinne sien dit weer nie soveel as 'n probleem nie, maar eerder as 'n element in die daaglikse stryd om oorlewing (Gargiulo 1985:19; Rademeyer 1994).

Namate gesinslede poog om by die breinbeseerde kind aan te pas en aan sy spesiale behoeftes te voldoen, gaan hulle in baie gevalle deur stadia of emosionele response wat soortgelyk is aan die rou- en treurproses ná die dood van 'n geliefde, naamlik aanvanklike **SKOK, ONTKENNING, VERDRIET, WOEDE, DEPRESSIE EN AANVAARDING** ook bekend as die Kübler-Ross ontwikkelings stadium (Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell & Klaus 1975:714; Kübler-Ross 1995; Romano 1974:1).

Die tempo waarteen lede van die gesin deur bogenoemde stadia beweeg, hou verband met die erns van die breinbesering en die hoop op 'n mate van herstel. Ouers treur oor die "verlies" van hulle kind na die besering. Die ouers moet as't ware nuwe bande met die breinbeseerde kind aanknoop (Martin 1988:464). Opvoedkundige Sielkundiges kan hier van groot hulp wees, deur altyd in gedagte te hou dat, hoewel die gesin by die situasie aanpas en dit "aanvaar", die negatiewe gevoelens van skok, skuld en bitterheid nooit heeltemal verdwyn nie, maar deel van die gesin se emosionele lewe bly en verwerk moet word (Gargiulo 1985:20). Dit is belangrik om te onthou dat niemand werklik weet hoe die kind se ouers op sy besering gaan reageer nie. Reaksies is gegrond op emosies. Ouers se gevoelens en reaksies reflekteer hulle persepsie van hulle probleem. Elke situasie is daarom uniek. Hoe ouers deur die primêre, sekondêre, en tersiêre reaksiefases gaan, vorder sal dus wissel van geval tot geval (Gargiulo 1985:37).

Vervolgens word op die drie reaksiefases gelet, naamlik primêre, sekondêre en tersiêre fase.

3.3.1 Primêre fase

Die primêre fase van die gesin se aanpassingsproses behels gevoelens van intense skok en angs, ontkenning, verdriet, depressie en onttrekking (West 1981:S9).

3.3.1.1 Gevoelens van intense skok en angs

Die eerste en mees algemene reaksie wat die meeste gesinne ervaar wanneer hulle gekonfronteer word met die nuus dat 'n lid van die gesin 'n ernstige breinbesering opgedoen het, is dié van intense skok (Drotar et al. 1975:712; Waaland & Kreutzer 1988:55). Die skok is baie erger indien die breinbesering so ernstig is dat die kind in 'n kritieke toestand en in intensiewe sorg is. Dit is selfs nog erger vir die gesinslede om die kind in 'n koma te sien lê - op die oog af 'n leweloze liggaam, wat glad nie op response reageer nie (Romano 1974:1).

Die aanskoue van die breinbeseerde veroorsaak dikwels ongeloof, disoriëntasie, 'n gevoel van onwerklikheid, afgestomptheid en 'n onvermoë om rasideel te dink (Drotar et al. 1975:702; Siblings of Children with Disabilities 1979:C31). Die gesin kan absolute hulpeloosheid, verslaendheid, angs en vrees ervaar deur bloot te aanskou hoe die kind om sy lewe veg (Gargiulo 1985:22). Die kind wat etlike ure tevore lewendig en gesond was, is nou aan 'n intensiewe hulpeenheid, met sy vele tegnologiese apparate en monitors, gekoppel (Abelson 1987c:39-40). Dit dra verder tot 'n gevoel van onwerklikheid, intense angs en skok by (Martin 1988:464).

3.3.1.2 Ontkenning

Die gevoel van intense skok verminder met die verloop van tyd. Skok word dikwels gevolg deur 'n fase van ontkenning, 'n gevoel van onwerklikheid ten opsigte van die kind se besering — die gevoel dat die gebeure nie plaasgevind het nie, dat dit eenvoudig nie moontlik is nie (Lerner 1971:43). Dikwels word die diagnose, die implikasies van die besering en die permanensie en langtermyngevolge van breinbesering nie volkome aanvaar nie of selfs verwerp en word tweede of derde opinies ingewin (Martin 1988:464; Seligman 1979:53; Solarsh et al. 1990h:116). Dit mag 'n manier wees om óf die werklikheid te ontvlug óf die gebeure te verwerk (Drotar et al. 1975:712).

Die ontkenning van die realiteit van 'n kind se breinbesering kan daartoe lei dat die breinbeseerde kind nie toegelaat word om sy vermoëns te realiseer nie, of dat hy nie die nodige terapie ontvang nie, wat weer kan bydra tot ontoereikende selfaktualisering en 'n swak selfbeeld (Waaland & Kreutzer 1988:56).

Die gesin is gewoonlik die eerste paar weke na 'n kind se breinbesering dankbaar en verlig omdat hy die ongeluk oorleef het (Rogers & Kreutzer 1984:343). Dit is 'n algemene verskynsel dat gesinslede mag voel dat die kind volkome sal herstel en dat sy beserings en onvermoëns slegs tydelik van aard is. Fisieke versteurings en ontoepaslike en afwykende gedrag word as tydelik beleef en dikwels geïgnoreer of gerasionaliseer (Romano 1974:1; Waaland & Kreutzer 1988:55).

Daar is 'n periode van spontane herstel by 'n breinbeseerde pasiënt (Stein et al. 1974:111). Die tempo van spontane herstel na 'n breinbesering neem egter na verloop van twee tot nege maande af, wat die gesin angstig en verward laat. Die afname in die tempo van spontane herstel kan die gesin negatief beïnvloed.

Die gebrek aan vordering kan selfs toegeskryf word aan die feit dat die kind ongemotiveerd is en nie wil saamwerk tot sy volkome herstel nie (Gargiulo 1985:26).

Professionele persone beskou die gesin se ontkenning oor die algemeen as negatief of onfunksioneel. Positief gesien het die ontkenningsfase egter waarde, omdat dit die gesin aanvanklik teen die intensiteit van die situasie kan beskerm en hulle die geleentheid bied om te herorganiseer en tot besinning te kom. Met die verloop van tyd pas die gesin geleidelik by die situasie aan, deur dit te verwerk (Gargiulo 1985:23). As die ontkenning hardnekkig voortduur, wek dit kommer en word dit 'n probleem eerder as 'n verdedigingsmeganisme. So 'n houding by ouers kan die breinbeseerde kind die nodige rehabilitasie en opvoeding wat sy besering vereis, ontnem. Dit kan ook meebring dat die gesin ongeduldig raak met die kind se stadige vordering en die veranderinge in sy gedrag. Sonder die nodige rehabilitasie vir die breinbeseerde kind en voorligting aan die ouers en selfs die skool, kan die gesin onrealistiese verwagtinge ten opsigte van die kind se vordering koester (Cohen 1986:28).

Gesinne is geneig om ontkenkend te reageer indien 'n kind fisiek normaal funksioneer maar slegs subtiele kognitiewe veranderinge toon. Daar mag selfs geglo word dat die kind sy breinbesering sal ontgroeï, wat daartoe aanleiding kan gee dat die gesin onrealisties en rigied raak en die breinbeseerde kind oorbeskerm. Dit kan weer veroorsaak dat die kind gefrustreerd raak en soos 'n mislukking voel - en dikwels voel sy ouers en selfs sy onderwysers ook dat hulle gefaal het en die kind in die steek gelaat het.

Sonder die nodige hulpverlening aan die kind en sy gesin, word daar nie aan die proses van rehabilitasie by die kind gewerk nie, maar eerder vrugteloos gesoek na 'n metode om die kind se breinbesering te herstel of ongedaan te maak (Martin 1988:465).

Die Opvoedkundige Sielkundige se rol tydens die ontkenningsfase is om ondersteunend en sensitief op te tree en 'n houding van aanvaarding voor te hou (Gargiulo 1985:23).

3.3.1.3 Verdriet, Depressie en Onttrekking

Vir sommige ouers is 'n kind se breinbesering gelyk aan simboliese dood. Breinbesering het 'n reaksie tot gevolg wat geassosieer kan word met die "verlies" van 'n geliefde (Gargiulo 1985:23). In die proses om die realiteit van 'n gesinslid se breinskade te erken en te aanvaar, gaan die gesinslede deur tydperke van uiterste verdriet, depressie en verslaentheid. Gesinslede treur oor die feit dat die kind nooit weer dieselfde sal wees nie. By die aanskouing van die pyn en frustrasie wat die breinbeseerde kind ervaar, deel die ouers in die smart van hulle kind. 'n Moeder het dit as volg beskryf: "I felt terrible. I couldn't stop crying. Even after a long while I still cried about it" (Drotar et al. 1975:712).

Verdriet is egter 'n noodsaaklike reaksie wat nie gering geskat of vermy moet word nie. Dit verskaf 'n oorgangsperiode waartydens die ouers se eertydse drome en fantasieë oor hulle "perfekte kind" herevalueer word om aan te pas by die nuwe realiteit (Gargiulo 1985:23; Solarsh et al. 1990h:117). Verdriet maak dit vir die ouers moontlik om die gevoelens van intense skok, ontkenning en ongeloof te verwerk, en daarna oor te gaan tot die bewuswording van hulle nuwe realiteit (Drotar et al. 1975:712). 'n Ouer vind dit moeilik om met sy verdriet saam te leef. Lede van die gesin ervaar verdriet vir etlike maande of selfs jare na die breinbesering plaasgevind het, namate hulle poog om die trauma en die fisieke asook emosionele veranderinge van die breinbeseerde kind te verwerk. Vir sommige gesinne kan dit tot twee jaar duur om emosioneel te stabiliseer en hulle realisties te oriënteer ten opsigte van die bevrediging van die behoeftes van die breinbeseerde kind. Vir die gesinslede is dit 'n proses wat as 'n foltering beleef word, veral as daar intellektuele en/of persoonlikheidsveranderinge by die breinbeseerde kind voorkom.

Die rouproses het dikwels depressie tot gevolg. Depressie is woede wat na binne gekeer is, woede wat op 'n mens self gerig is. 'n Ouer of gesinslid kan byvoorbeeld vir hom- of haarself kwaad wees as daar geglo word dat hulle die breinbesering kon voorkom het. Hierdie woede vind dan vergestaltung in die vorm van depressie. Depressie is egter 'n normale, natuurlike en noodsaaklike proses, wat aan gesinslede die geleentheid bied om dit wat nie verander kan word nie, te aanvaar (Gargiulo 1985:24; Solarsh et al. 1990h:117).

Die meeste ouers met 'n breinbeseerde kind sê dat die verdriet en pyn nooit ten volle verdwyn nie — 'n toestand wat bekend staan as "kroniese verdriet" (Gargiulo 1985:20; Searl 1989:27). Dié emosie kan vir lang tydperke sluimerend wees net om weer opnuut te voorskyn te tree sodra die breinbeseerde kind ontwikkelings-, opvoedkundige, beroeps- of gedragsprobleme ondervind. Gedurende dié tyd is die gesin baie kwesbaar. Waardes en perspektiewe ten opsigte van die lewe, die dood en die doel en sin van die lewe, word dikwels beredeneer. Ouers mag poog om die situasie te ontvlug, of te ontspan deur 'n drankie te neem, net om die spanning te verlig. Die gevaar is dat alkohol 'n depressant is en dat sulke ouers 'n gevaar loop om aan alkohol of ander verdowingsmiddels verslaaf te raak in hul pogings om van hul stres ontslae te raak (Hughes 1990:51).

Wanneer alles vir hulle te veel raak, kan ouers, wat finansieel daartoe in staat is, gesamentlik of om die beurt vir 'n week of twee heeltemal van die situasie wegvlug deur die breinbeseerde kind in die sorg van 'n verantwoordelike persoon of instansie te laat en ver daarvandaan te gaan vakansie hou (Beukes 1995; De Villiers 1995). Die probleem is dat nie alle gesinne dit kan doen nie; talle moet die geweldige stres eenvoudig bly hanteer.

Onttrekking (wanneer 'n persoon homself afsonder of sosiale kontak vermy) is 'n komponent van die derde stadium. Dit bied aan die ouers of die gesinslid die geleentheid om hom of haarself te "vind" ("recuperative period"). Onttrekking is 'n gemoedstoestand waar die gesinslid hom of haar geestelik uit sy of haar emosionele omgewing verwyder. Onbepaalde onttrekking is egter nie produktief of gesond nie, omdat dit die hele gesin mag beïnvloed en aanvaarding en aanpassing in die wiele kan ry (Gargiulo 1985:34).

3.3.2 Sekondêre Fase

Die sekondêre fase in die aanpassingsproses van ouers behels woede, skuld, teenstrydige gevoelens, skaamte en verleentheid.

3.3.2.1 Woede

Woede staan in die weg van aanvaarding van die situasie en kan op twee maniere manifesteer.

Die eerste tipe is waar woede algemeen regverdig en aanvaarbaar is en uitgedruk word in terme van 'n gevoel dat niemand só 'n tragedie verdien nie. Daar word dan dikwels gevra: "Hoekom ék?" (Gargiulo 1985:27; Waaland & Kreutzer 1988:56).

Die tweede vorm van woede vind uitdrukking in woede-uitbarstings gerig op die beseerde persoon of op buitestaanders wat vir die besering verantwoordelik gehou word (Gargiulo 1985:27).

Gedurende die aanpassingstydperk volg woede en verdriet mekaar beurtelings. Woede mag gerig wees op 'n spesifieke persoon wat byvoorbeeld verantwoordelik was vir die kind se breinbesering of die omstandighede wat tot die besering gelei het. Meestal is dit 'n vae, hulpelose woede wat geen definitiewe teken of uitlaatklep het nie (Hughes 1990: 52).

Baie ouers projekteer woede op hulself of op andere omdat hulle glo dat hulle nie hul kind voldoende teen beserings of gevare beskerm het nie. Ouers se woede kan ook op die mediese- en/of rehabilitasie- en opvoedkundige span wat met hulle kind werk, of selfs teen God wat toegelaat het dat hulle kind 'n breinbesering opdoen, gerig wees (Drotar et al. 1975:712). Medici is baie keer die slagoffers van ouers se woede omdat die ouers hulle as onbekwaam beskou, omdat hulle die draers van slegte tyding is, omdat hulle nie die ouers oor hulle vermoedens rakende die kind ingelig het nie, of omdat ouers voel dat dokters inligting van hulle weerhou het (Gargiulo 1985:27).

Bogenoemde kan daartoe lei dat ouers "shopping behaviour" aan die dag lê deur van medikus na medikus te gaan met die hoop om te hoor wat hulle graag wil hoor (Romano 1974:3; Solarsh et al. 1990h:116).

Die projektering van woede mag moontlik bydra tot 'n gevoel dat hulle as ouers in beheer van die situasie is. Soms probeer die gesin ook voldoende voorsorg tref wat as terapieë gesien kan word in terme van die oorsaak van die besering van die kind, om sodoende toekomstige beserings te voorkom.

Professionele persone moet vasstel of die individuele gesinslid se woede uit die werklike situasie voortspruit en of dit sekondêr is, in terme van die lid van die gesin wat te nagekom voel. Woede mag gesinslede help om van frustrasies ontslae te raak. Dit kan aanvanklik selfs vir die persoon die energie gee om van sy of haar frustrasies ontslae te raak.

Indien die woede egter voortduur of kronies begin raak, mag dit die gesin se vermoë om met mekaar in verhouding te tree, bemoeilik en 'n probleem word vir die lede van die gesin sowel as die breinbeseerde (ook wat die rehabilitasie betref). In so 'n geval het die gesin of lid van die gesin terapie nodig om hulle gevoelens van woede te oorkom, sodat hulle meer positief en effektief kan aanpas (Martin 1988:465).

Met woede word niks bereik nie, aangesien dit destruktief is. Die lede van die gesin het leiding en ondersteuning nodig om te beseef dat die objek van hulle vyandigheid nie ander individu of die breinbeseerde kind is nie, maar die situasie self. Om hulle in staat te stel om algaande al hoe beter by die situasie aan te pas, moet die Opvoedkundige Sielkundige 'n ondersteunende milieu skep waarin ouers se gevoelens aanvaar word as normaal en ook deel van die natuurlike aanpassingsproses (Gargiulo 1985:28).

3.3.2.2 Skuld

Skuld is moontlik die moeilikste reaksie vir die ouers van breinbeseerde kinders om te oorkom. Ouers mag glo dat hulle vir die besering van hulle kind verantwoordelik was of dat hulle gestraf word vir hulle sondes. Gedurende die skuldfase is oorkompensasie 'n algemene reaksie van ouers; hulle probeer die breinbeseerde kind as't ware vergoed, in 'n poging om op te maak vir hulle skuldgevoelens (Waaland & Kreutzer 1988:56). Waar ouers en/of gesinslede skuldig voel, word min bereik deur hulle rasioneel of met logika te probeer oortuig. Die betrokke gesinslede se gedrag is dikwels obsessief en emosioneel; hulle vra byvoorbeeld voortdurend hoekom dit met hulle gebeur het. Die Opvoedkundige Sielkundige moet sy kliënt laat voel dat daar niks mee verkeerd is om skuldig te voel nie. Skuldgevoelens is normale en nodige reaksies wat nie noodwendig irrasioneel of onvanpas is nie. Waar ouers hulle skuldgevoelens beseef, verstaan en aanvaar kan hulle dit oorkom (Gargiulo 1985:27).

3.3.2.3 Teenstrydige gevoelens

Ouers se emosies, soos byvoorbeeld gevoelens van woede, of verwerping van hulle breinbeseerde kind, kan baie intens raak. Hoe erger die ouers se frustrasie, hoe meer algemeen is dié gevoelens. Talle ouers wens dikwels dat hulle kind moet sterf. Sulke negatiewe gevoelens gaan uiteraard gepaard met skuldgevoelens, wat verskillende reaksies by ouers uitlok: óf hulle wy hulle totaal en al aan die kind toe, óf hulle verwerp die kind geheel en al en sluit hom uit van gesinsaktiwiteite.

Waar ouers se reaksie op hulle skuldgevoelens 'n reaksie van self-opoffering is, kan hulle hulself in 'n martelaar omskep. So 'n houding lei dikwels daartoe dat ander lede van die gesin, ook die huweliksmaat, afgeskeep word (Gargiulo 1985:25).

3.3.2.4 Skaamte en verleentheid

Die meeste ouers wil graag trots voel op hulle kinders se prestasies. Ouers met 'n breinbeseerde kind antisipeer egter sosiale verwerping of vrees dat ander mense hulle sal bejammer. Ouers en gesinslede se liefde bied slegs gedeeltelike beskerming vir die kind teen hulle gevoelens van skaamte, besorgdheid en verleentheid veral wanneer daar vir die kind gelag word, of waar hy op ander maniere uitgesonder word.

Vir sommige ouers is die vrees vir die verleentheid, as gevolg van hulle kind se gedrag, so groot dat hulle huisgebonde raak. Onttrekking is 'n algemene reaksie. Die verlies aan selfagting hang nou saam met die genoemde gevoelens van skaamte en verleentheid (Waaland & Kreutzer 1988:56).

3.3.3 Tersiêre fase

Die tersiêre fase in die ouers se aanpassingsproses behels onderhandeling, herorganisering, aanvaarding en aanpassing.

3.3.3.1 Onderhandeling

Onderhandeling is een van die finale stadia in die aanpassingsproses. Onderhandeling is baie persoonlik en is nie tasbaar nie; dit word selde deur ander raakgesien. Dit is 'n strategie waarmee ouers hoop om 'n ooreenkoms met God, die wetenskap of 'n ander persoon aan te gaan of te onderhandel, hopende dat die kind weer normaal sal word (Seligman 1979:55-56).

So 'n ouer sou byvoorbeeld kon sê: "As U my kind genees, sal ek my lewe aan die kerk wy". Onderhandeling word gesien as die ouer(s) se finale poging om die kind te genees (Gargiulo 1985:29; Solarsh et al. 1990h:117).

3.3.3.2 Herorganisering

Die tydperk van herorganisering is 'n komplekse stadium waarin die gesin in interaksie met die breinbeseerde kind tree en positiewe hulp aan die breinbeseerde verleen of laat verleen (Drotar et al. 1975:713). Die breinbeseerde kind se besering word verwerk, wat 'n positiewe langtermyn aanvaarding van die kind vereis. Veral die ouers het hiervoor mekaar se volledige ondersteuning nodig (Drotar et al. 1975: 714).

Die rol en die belangrikheid van eksterne ondersteuning by die herorganiseringsproses kan nie sterk genoeg beklemtoon word nie. Die bereidwilligheid van mediese personeel, die ondersteuning van die uitgebreide gesin en die gewilligheid van vriende om die gesin te help en by te staan, is van onskatbare waarde in terme van tyd wat dit die gesin gee om:

- weg te breek van die situasie
- hulp aan die breinbeseerde kind te verleen
- om te sien na die behoeftes van die normale kinders in die gesin

Waar sodanige ondersteuning nie beskikbaar is nie, moet die gesin sy eie uitgebreide ondersteuningsstelsel skep, in terme van:

- die kerk se ondersteunings- en versorgingsdienste;
- die dienste van die staat en ander maatskaplike instansies wat ondersteunings- en versorgingsdienste lewer;
- die gesin se aktiewe betrokkenheid by ondersteuningsgroepe wat geldelike ondersteuning aan hospitale en privaat klinieke kan insluit (Drotar et al. 1975:714).

3.3.3.3 Aanvaarding en Aanpassing

Die meeste ouers streef daarna om die situasie te aanvaar. Aanvaarding is 'n aktiewe, voortdurende proses waartydens probleme erken, verstaan en daar na oplossings vir die probleme gesoek word. Gesinslede leer dat aanvaarding nie net die aanvaarding van die kind en die situasie beteken nie, maar ook die aanvaarding van elke gesinslid net soos hy/sy is, met sy/haar swakhede sowel as sterkpunte (Gargiulo 1985:30; Solarsh et al. 1990h:118).

Gedurende hierdie stadium word die angs en emosionele reaksies gaandeweg minder intens (Drotar et al. 1975:713). Dit is sonder twyfel die moeilikste stadium vir die gesin. Aanvaarding is 'n baie komplekse en tydsame proses waartydens daar baie woede en verdriet ervaar word (Blacher, 1984:27, 61).

Aanvaarding gaan egter hand aan hand met aanpassing. Aanpassing vereis verandering, en 'n her-evaluering van doelwitte en ambisies. Dié proses kan lewenslank duur en word deur elke individu se houding en persoonlikheid beïnvloed (Gargiulo 1985:30).

Hoe lank dit duur om aan te pas verskil van gesin tot gesin en van individu tot individu. Wanneer individuele lede van die gesin begin aanpas by die breinbeseerde, word 'n nuwe soort balans of ewilbrium in die gesin bereik, wat bekend staan as aanpassing (Drotar et al. 1975:714).

'n Kenmerk van hierdie stadium is dat gesinslede meer realistiese verwagtinge koester, meer weet van die aard van die kind se breinbesering en die prognose vir sy herstel. Daar word ook meer realisties vir die toekoms beplan, met inagneming van die pasiënt se langtermyn posisie in die gesin (Waaland & Kreutzer 1988:55).

Suksesvolle aanpassing hang van 'n aantal faktore af, naamlik:

- die aantal kinders in die gesin;
- die opvoedkundige en religieuse agtergrond van die gesin;
- die ouderdom van die breinbeseerde kind;
- die aard en erns van die breinbesering;
- die gesin se intrinsieke vermoë om aan te pas;
- die funksionering en stabiliteit van die gesin vóór die ongeluk, met inagneming van die tydsduur en stabiliteit van die huwelik;
- die eksterne en sosiale ondersteuning wat aan die gesin gegee word (Hughes 1990:52).

Dit is van kardinale belang dat die ouers in die eerste jaar na die breinbesering, gebaseer op 'n krisis-ingryping, hulp en leiding moet kry; dit sal baie help met die aanpassingsproses van die hele gesin én die versorging van die breinbeseerde kind (Drotar et al. 1975:716).

3.4 BRONNE WAT STRES BY DIE GESIN VEROORSAAK

Die gesin is 'n dinamiese sisteem van individuele persoonlikhede, wat met mekaar in interaksie is, en met mekaar in 'n komplekse en veranderende samelewing saamleef. Die breinbeseerde kind moet nie in isolasie gesien word nie, maar in konteks met die gesinseenheid, want wat die individu raak, raak ook sy hele gesin (Prigatano 1986:16; Kosciulek 1994:244).

Die ouers van die breinbeseerde kind verkeer dikwels in 'n toestand van wanhoop. Aanvanklik is hulle gefrustreerd in hulle pogings om antwoorde te kry wat hul kind se gedrag betref. Waar professionele werkers nie oor die diagnose en ook nie met die behandeling saamstem nie, beleef die ouers verwarring. Selfs al is die kind gediagnoseer word die behandeling selde aan die ouers verduidelik. Daar is ook selde genoeg kennis aangaande toereikende behandelingsentra vir breinbeseerdes beskikbaar (Uomoto & McLean 1989:71,78). Skole kan voorsiening maak vir spesiale klasse veral op laerskoolvlak.

Die gesin van 'n breinbeseerde moet staande bly as gesin terwyl daar terselfdertyd by die breinbeseerde aangepas word: 'n mens kan tereg sê dat dit 'n smal pad is, wat deur min mense end-uit bewandel word.

Stresfaktore is:

- onsekerheid oor die prognose;
- veranderinge in kognitiewe funksionering en persoonlikheid van die breinbeseerde kind wat langtermynrehabilitasie van die gesin verg;
- finansies;
- die vraag of die gesin van die breinbeseerde kind as gesin sal oorleef (Martin 1988:466).

Vervolgens word dié aspekte kortliks bespreek.

3.4.1 Onsekerheid oor die Prognose

Daar is 'n verband tussen die erns van 'n breinbesering, die ouderdom van die kind ten tye van die breinbesering, en die prognose vir sy herstel. Weens komplekse, interverwante faktore rakende die vorderingstempo en moontlike uiteindelijke herstel van die breinbeseerde kind, is die aanpassingsproses van gesinslede onreëlmatig.

Die onsekerheid of die kind die breinbesering gaan oorleef, bring akute angste en stres by die gesinslede teweeg. Onsekerheid oor die vordering van die breinbeseerde oor die langtermyn, bring ook deurlopende en langdurige stres mee.

Die breinbeseerde sal gedurende die eerste ses tot twaalf maande die meeste vordering toon - dit staan bekend as die "tydperk van spontane herstel". Daarna sal die breinbeseerde se vordering selfs jare na die besering verlengde plateaus vertoon waartydens daar hoegenaamd geen vordering voorkom nie (Martin 1988:466; Stein et al. 1974:111; Prigatano 1987:605).

Terwyl die gesin die breinbeseerde kind se vordering moniteer, en oor die behandeling, rehabilitasie en toekoms van die kind besluit, vind gesinslede dit moeilik om 'n balans tussen hoop en wanhoop te handhaaf. Die gebrek aan inligting en 'n eksakte prognose, en die onsekerheid rakende die gesin en die kind se toekoms, is grootliks vir die stres in die gesin verantwoordelik (Rogers & Kreutzer 1984:343). Dié onsekerheid kan daartoe lei dat gesinslede en professionele personeel só erg van mekaar verskil dat die onsekerheid oor die doeltreffendste behandeling en versorging vir die breinbeseerde kind uiteindelik op 'n krisis uitloop.

3.4.2 Veranderinge in kognitiewe funksionering en persoonlikheid van die breinbeseerde

Namate die breinbeseerde kind van die akute trouma- en neurotroumafase na die rehabilitasiefase beweeg, word sy gesin daarvan bewus dat daar kognitiewe (taal en/of geheue), gedragse- (affektief, emosioneel, afhanklikheid) en persoonlikheidsveranderinge (geweldadigheid, aggressie, kinderagtigheid) by hom voorkom (Burke 1987:196). Die gesin ervaar die veranderinge op dié drie terreine as uiters stresvol (Bigler 1988:482; Martin 1988:466; Rogers & Kreutzer 1984:343).

Sommige persone wat 'n breinbesering opgedoen het mag na 'n tydperk van rus, herstel en deur rehabilitasie na die gepaste ontwikkelingsvlakke vir hul eie ouderdom terugkeer, terwyl ander nie so gelukkig is nie. Persone wat 'n ernstige breinbesering opgedoen het, kan selfs vir die res van hul lewens hulp, toesig, bystand en 'n beskermde omgewing nodig hê.

Vyf-en-twintig tot vyftig persent van alle persone wat 'n breinbesering opgedoen het, sal langdurige psigiatriese en/of gedragsprobleme openbaar (Waaland & Kreutzer 1988:53).

Die gesin het 'n belangrike taak om te probeer verhoed dat die breinbeseerde kind, as gevolg van sy aggressie en impulsiwiteit, 'n verdere breinbesering opdoen. Laasgenoemde aspek is selfs meer belangrik as die remediëring ten opsigte van die kognitiewe funksies van die breinbeseerde (Waaland & Kreutzer 1988:53).

Die gesin, wat dikwels reeds emosioneel gedreineer is deur die beseerde kind se vroeëre stryd om die trouma te oorleef, word aan verdere spanning onderwerp as gevolg van die radikale verandering in die kind wat daar na die kind se besering ten opsigte van sy gedrag en persoonlikheid intree.

Baie gesinne besef dat hulle en die breinbeseerde kind weens die graad en erns van die breinbeseerde se probleme waarskynlik die een of ander vorm van langtermynhulp nodig het, of dat uitplasing van die kind na 'n inrigting oorweeg moet word (Bigler 1988:481).

Vir die gesin is dit besonder moeilik om by die breinbeseerde kind aan te pas; selfs net dié mate van heraanpassing wat nodig is om 'n nuwe verhouding met die breinbeseerde te smee, is uiters kompleks. Waar die gesin nie die realiteit van 'n kind se kognitiewe- of gedragsveranderinge wil aanvaar nie, of waar die breinbeseerde nie opsigtelike fisieke probleme vertoon nie, kan die proses van aanpassing by die breinbeseerde kind nóg moeiliker wees. So 'n gesin mag selfs glo dat intensiewe terapie die kind met verloop van tyd ten volle sal laat herstel (Hughes 1990:53).

Die grade van stres wat individuele gesinslede ervaar, wissel volgens die aard van die probleme wat die breinbeseerde openbaar of die spesifieke veranderinge wat daar by hom bespeur kan word. Volgens gesinslede is die grootste bron van stres gedurende die eerste drie maande na die ongeluk, die breinbeseerde kind se emosionele gedragsveranderinge en sy verswakte geheue. Na ses maande is emosionele gedragsveranderinge steeds 'n bron van stres, terwyl die breinbeseerde se afhanklikheid in toenemende mate 'n stresfaktor word.

Die depressie wat gesinslede gedurende bogenoemde tydperke ervaar hou soms regstreeks met die persoonlikheidsveranderinge wat die beseerde kind ondergaan, verband. Die depressie kan net na die besering 'n akute vorm aanneem en kan na verloop van tyd steeds voorkom, afhangende van die erns en gevolge van die breinbesering.

3.4.3 Die eise van langtermynrehabilitasie vir die gesin

As die breinbeseerde kind langtermyn intensiewe rehabilitasie moet ontvang, plaas dit langtermyn druk op die gesin. Multi-dissiplinêre rehabilitasieprogramme wissel volgens die aard en erns van die kind se besering en mag selfs oor etlike jare strek (Kreutzer & Boake 1987:201). Die kind mag selfs sommige komponente van die behandeling vir die res van sy lewe nodig hê (Bigler 1988:479; Burke 1987:196; Haffey & Lewis 1989:156-157).

Die kind wat 'n breinbesering opgedoen het kan gereeld die dienste van 'n fisioterapeut, arbeidsterapeut, spraakterapeut en sielkundige nodig hê en kan ook gereelde neurologiese monitering vereis (Martin 1988:470). Vervoer- en ander logistieke reëlins, om maar één aspek te noem, kan vir die gesin baie ontwrigtend en stresvol wees.

Verder moet gesinslede tred hou met die oefeninge wat na afloop van elke terapisessie voorgeskryf word. Die gesinslede moet dikwels toesien dat die nodige versterkings- en ander oefeninge tussen sessies plaasvind. Dit kan soms gebeur dat veral een lid van die gesin die oefenprogram as voltydse taak op hom of haar neem, wat ook weer allerlei gevolge kan hê. Die hoeveelheid tyd en energie wat die gesin vir die rehabilitasie verbruik kan fisiek en emosioneel uitputtend wees, omdat die rehabilitasieproses intensief en langdurend is (Scherzer 1986:366). Vir dié gesin is daar dus geen ontspanning of ontvlugting nie: alles is verantwoordelikheid: óf werkverwante óf verwante verantwoordelikheid (Hughes 1990:53).

Die moeder is gewoonlik die primêre versorger van die breinbeseerde kind en loop die gevaar om fisiek sowel as emosioneel ineen te stort. Die breinbeseerde kind vereis lewenslange ouerskap wat vir die ouers as primêre versorgers uiters uitputtend is (Hughes 1990:54).

Bogenoemde faktore kan 'n baie groot bron van stres vir die gesin word, veral indien die gesin nie soms vir 'n tyd kan "ontvlug" en so geheel en al van hulle daaglikse verantwoordelikhede kan wegbreek nie. Verdere bronne van stres is waar daar 'n gebrek aan die nodige sorg vir die breinbeseerde is, of waar toepaslike rehabilitasie- en/of opvoedkundige programme nóg binne nóg buite die gemeenskap waarin die gesin hom bevind, bestaan.

3.4.4 Finansies

Die finansiële las wat die breinbeseerde kind vir die aanvanklike intense sorg sowel as die latere versorging en rehabilitasie, op die gesin plaas kan geweldig swaar wees (Rogers & Kreutzer 1984:343). Al sou die skool of mediese hulpverenigings 'n persentasie van die mediese koste dra, is die meeste gesinne steeds persoonlik aanspreeklik vir die aansienlike mediese en mediesverwante uitgawes (Bigler 1988:482). Dienste wat deur fisio-, spraak- en arbeidsterapeute gelewer word, word dikwels slegs gedeeltelik deur mediese fondse gedra, of glad nie (Bigler 1988:483). Vervoer- en verblyfuitgawes (logistieke uitgawes) om die breinbeseerde kind vir terapie en/of na 'n rehabilitasie-sentrum (dikwels in 'n ander dorp of stad of in die buiteland) te neem, is gewoonlik 'n uitgawe wat die gesin self moet dra.

Die lewenskoste van die gesin met 'n breinbeseerde kind is altyd hoër as dié van die normale gesin. Van die redes hiervoor is dat die breinbeseerde kind voortdurend op doeke mag wees, 'n spesiale dieet mag volg en dikwels op medikasie is. Spesiale kindersorgdienste (professionele sorg, toesighouer of oppaster, spesiaal opgeleide bediende) is gewoonlik duur en ook moeiliker om te vind, veral as die kind 'n merkbare gestremdheid het (Beukes 1995).

Die meeste skoolverwante uitgawes is vir die ouers se rekening. Die staatsubsidie per kind per skool is gering en in gevalle waar 'n kind as onopleibaar en/of onopvoedbaar geklassifiseer is en nie skoolgaan nie, is staatshulp (bekend as 'n "enkelsorgtoelaag") beperk tot gesinne wat geheel en al armlastig is. Selfs die belastingkorting help min, en maak slegs vir gesinne met net een breinbeseerde kind voorsiening.

Daar is ook dikwels gevalle waarvoor die Inkomstebelasting Wet nie voorsiening maak nie (Labuschagne 1996; Martin 1988:467; Suid-Afrika 1962, art.18; Veitch 1995). Indien die breinbeseerde kind nie 'n skoolprogram volg wat deur regeringsfondse gedek word nie, dra ouers self die koste vir gespesialiseerde opvoedkundige dienste, wat baie duur kan wees, veral waar die kind vir 'n gedeelte van die program moet inwoon of daaglik daarheen vervoer moet word (Savage & Carter 1988:11).

Namate hul uitgawes as gevolg van terapie en bykomstige hulp verhoog vind die gesin dit moeilik om hul vroeëre lewenstandaard te handhaaf of selfs net die mas op te kom. Soms moet een van die ouers ophou werk om die breinbeseerde kind voltyds te versorg. Indien so 'n gesin van albei die ouers se inkomste afhanklik was, of indien die ouer 'n enkelouer is, kan die versorging van die breinbeseerde kind, die gesin se lewenstandaard drasties beïnvloed. Dit mag selfs vir een of albei ouers nodig wees om 'n tweede beroep te beoefen om die gesin se finansiële verpligtinge te kan nakom. Dit kan geweldig uitputtend vir die werkende ouer wees. Jonger lede van die gesin mag besluit om ook deelyds te begin werk om 'n bykomende inkomste vir die gesin te verdien (Martin 1988:467). Gesinslede kom materieel met minder klaar of berus hulle eenvoudig by hul lot omdat hulle weet dat daar minder geld vir hulle behoeftes beskikbaar is aangesien die breinbeseerde kind se behoeftes dikwels prioriteit (moet) kry.

3.4.5 Die vraag of die gesin van die breinbeseerde kind as gesin sal oorleef

Volgens die navorsing van Waaland & Kreutzer (1988:56) hou die duur van 'n breinbeseerde kind se hospitalisasie, en die pasiënt se post-traumatiese amnesia positief verband met die depressievlakke van sy gesinslede. Vir die gesinslede kan stres hoofsaaklik toegeskryf word aan die kind se gedragsprobleme, 'n vrees vir die kind se fisieke agteruitgang en die feit dat daar meer verantwoordelikheid op elke lid van die gesin rus.

Afhangende van die erns van die kind se besering ervaar die gesin 'n merkbaar hoër vlak van angs en stres vir 'n tydperk tot twaalf maande na die besering. Gaandeweg sal die gesin se sosiale aanpassing verswak en sal hulle sosiale isolasie ervaar. Tot veertig persent van die gesinslede kan binne die eerste jaar na die besering aan 'n psigiatriese afwyking lei (Waaland & Kreutzer 1988:56). 'n Baie ernstige breinbesering kan selfs die ouers se huwelik asook die gesin se eenheidsgevoel nadelig beïnvloed (Telford & Sawrey 1981:166; Waaland & Kreutzer 1988:56).

Die breinbesering van 'n kind kan die normale patroon van goeie gesinsverhoudings en die geluk van die gesin heeltemal versteur. Voor die breinbesering het gesinslede op voorspelbare wyses teenoor mekaar opgetree; die kinders het bepaalde onderlinge verhoudinge met mekaar en met hul ouers gehad (Siblings of Children with Disabilities 1979:C29).

Elke kind beklee 'n rol in die gesin en daar word bepaalde verwagtinge van hom gekoester. Die breinbesering van 'n kind destabiliseer en verander verhoudinge en rolle in die gesin, veral waar die breinbeseerde weens ouderdom vroeër 'n rol van leierskap in die gesin beklee het (Waaland & Kreutzer 1988:52).

As gevolg van die besering, mag gesinslede vind dat daar meer van hulle verwag word en dat hulle bereid moet wees om meer verantwoordelikhede op hulle te neem. Van die kinders in die gesin kan verwag word om as "tweede moeder" teenoor die breinbeseerde op te tree, wat geweldige bykomende verantwoordelikhede meebring. Verder mag daar van sodanige kind(ers) verwag word om as baba-oppasser en boodskapper op te tree. Die ander kinders in die gesin mag om die ouers se liefde meeding. Die impak wat 'n breinbeseerde kind op sy broers en susters het, is geweldig - in 'n positiewe én 'n negatiewe sin (Telford & Sawrey 1981:178).

Soms verander die ouers se houding teenoor hulle normale kinders, hoofsaaklik omdat die breinbeseerde kind baie meer aandag verg. Ouers wat voor sy besering 'n baie goeie verhouding met die breinbeseerde kind gehad het, moet hulle drome en verwagtinge realisties aanpas, met inagneming van sy huidige vermoëns (Gargiulo 1985:23). Verder moet ouers daarna strew om 'n balans te handhaaf deur om te sien na die behoeftes van ál hulle kinders.

Die normale gesin gaan deur die volgende voorspelbare ontwikkelingstadia, wat hierna kortliks uiteengesit sal word:

- die jonggetroude egpaar;
- die gesin met jong kinders;
- die gesin met adolessente;
- die gesin met kinders wat die huis verlaat;
- die gesin in die latere lewe (leë-nesstadium);
- die afgetrede egpaar.

Waar ouers besluit om nê die breinbeseerde kind vir versorging uit te plaas nie, kan dit die gesin daarvan weerhou om bogenoemde oorgange op die gebruikelike wyse te deurloop, wat uiteraard baie druk op verhoudinge plaas, aangesien die breinbeseerde kind wat tuis versorg word, moontlik nooit selfstandigheid mag bereik nie en dus permanent op die versorging en toesig van sy ouers aangewese sal wees. Die gevolg is dat sy ouers nooit in hulle later lewe 'n "leënes" stadium sal beleef nie (Bigler 1988:482).

Die hooftaak van die gesin van 'n normale adolessent is om die jongeling se strewe na onafhanklikheid te akkommodeer en hom aan te moedig en te help in sy voortgang na 'n funksionele volwasse rol. Gaandeweg verander die ouer-kindverhouding, aangesien ouers hulle aandag ten opsigte van die adolessent verskuif na beroeps- en geslagsgerigte aangeleenthede. Hierdie proses verloop nie vir die gesin met 'n breinbeseerde kind dieselfde nie. Die breinbeseerde adolessent mag probleme ondervind om onafhanklik te funksioneer en mag voortdurend die aandag van sy ouers verg. Waar 'n kind in sy adolessensie breinbeseerd geraak het, sal gesinslede regressief moet aanpas in terme van die bevrediging van die kind se behoeftes, sy versorging en al die ander verpligtinge wat dit mag meebring (Bigler 1988:482).

Wanneer 'n normale kind die fase bereik waar hy die huis wil verlaat, en in 'n volwasse-volwasse verhouding teenoor sy ouers staan, moet die breinbeseerde kind noodgedwonge in die rol van 'n kind bly optree. Vir die breinbeseerde kind is dit 'n uiterste frustrasie en vir sy ouers 'n geweldige teleurstelling. Hierdie frustrasie lei dikwels tot onderdrukte woede en soms tot woede-uitbarstings (Bigler 1988:483).

Die leënesstadium van die normale gesin se lewensloop is gewoonlik die tweede laaste ontwikkelingstadium van die gesin. Dit is ook die stadium wanneer die ouers se versorging en opvoeding van hul kinders ten einde loop.

Ouers en kinders mag meer tyd saam deurbring en saam aan ontspanningsaktiwiteite deelneem. Ouers geniet gewoonlik tydens die leënesstadium, en later met aftrede, finansiëel en fisiek die vrug van hulle jarelange arbeid. Vir die ouers van 'n breinbeseerde kind, is dit egter nie 'n realiteit nie - eerder 'n fantasie (Blacher 1984:239).

Die breinbesering van 'n kind in die gesin, kan deur sy broers en susters as iets skrikwekkends beleef word. Die broers en susters in die gesin verstaan nie altyd duidelik wat besig is om te gebeur, en wat die gevolge daarvan gaan wees nie. Die kinders in die gesin word dikwels nie toereikend ingelig omtrent hulle broer of suster se toestand nie (Powell & Ogle 1985:59; Siblings of Children with Disabilities 1979:C29).

Nadat 'n kind 'n breinbesering opgedoen het, word sy ouers oorweldig deur hulle eie gevoelens en behoeftes. Sy ouers volg 'n strawwe werksprogram, bring daaglikse besoeke aan die kind in die hospitaal, kom doktersafsprake na en verrig ander uitputtende maar nietemin noodsaaklike werk. Die gevolg is dat daar nie altyd aan die emosionele behoeftes van die ander kinders genoeg aandag gegee word nie (Hughes 1990:56).

Oor die langtermyn, weens die eise wat die breinbeseerde aan sy gesin stel, het die ouers eenvoudig te min tyd en energie om aan die ander kinders in die gesin voldoende aandag te gee. Die broers en susters wat oud genoeg is om te begryp, vind dit moeilik om op die ouers se aandag aanspraak te maak, omdat hulle voortdurend bewus is van die stres waaronder hulle ouers verkeer (Hughes 1990:56). Hulle voel soms emosioneel gegrief en verwaarloos maar voel skuldig om hul ouers, wat reeds soveel druk ervaar, verder te belas. Hulle meen dikwels dat hulle geen reg het om ontsteld te wees nie. Soms is hulle selfs van mening dat hulle die ongeluk veroorsaak het, terwyl hulle geen rede het om so te voel nie (Gargiulo 1985:52).

In sommige gevalle stem die reaksie van die kinders met dié van hulle ouers ooreen, deurdat hulle emosies van woede, haat, skuld, depressie en isolasie ervaar. Kinders het egter nie die verbale vermoëns om hulle gevoelens uit te druk nie, met die gevolg dat hulle boonop jaloesie en afguns ervaar (Waaland & Kreutzer 1988:59).

Die breinbeseerde kind wat vir versorging in 'n rehabilitasie-sentrum geplaas word en net soms vir 'n kort rukkie huis toe kom, plaas ook druk op sy broers en susters en veroorsaak dikwels skuldgevoelens by hulle (Beukes 1995; De Villiers 1995; Siblings of Children with Disabilities 1979:C30).

Die kind wat deur sy ouers verplig word om 'n versorgingsrol vir die breinbeseerde kind te vervul, se reaksie kan wissel van depressie, haatdraendheid, wrokgevoelens, jaloesie, vyandigheid, skuldgevoelens, droefheid, verwerping, angs, onttrekking, woede tot afsku. So 'n kind kan gedragsprobleme soos swakker akademiese prestasies, psigososiale probleme, emosionele probleme en selfs jeugmisdaad openbaar. Die gevolg is dat kinders in 'n versorgingsrol in afsondering van hulle vriende begin leef, wat weer aansienlike spanning vir die hele gesin tot gevolg het (Gargiulo 1985:52).

Indien die breinbeseerde kind sigbare motoriese probleme het, of homself sosiaal onbehoorlik gedra, kan sy broers of susters hulle in die openbaar vir hom skaam, ongeduldig teenoor hom wees of huiwerig wees om van hulle vriende huis toe te nooi (Siblings of Children with Disabilities 1979:C30).

Waar ouers van normale kinders verwag om vir die versorging van hulle breinbeseerde broer of suster verantwoordelik te wees, kry dié kinders min geleentheid om normaal te sosialiseer en te ontspan (Waaland & Kreutzer 1988:59) en word hulle aan sosiale isolasie blootgestel (Blacher 1984:25; Rogers & Kreutzer 1984:344).

Ouer kinders kan poog om 'n spanningsvolle gesinsituasie én die breinbeseerde kind te vermy en kan selfs rede soek om sosiaal te ontspan of van die huis af weg te wees óf alleen te gaan vakansie hou (Gargiulo 1985:53). Die jong kind in die gesin het egter minder keuses ten opsigte van waar hy heen wil gaan of wat hy wil doen. Die kind wat nie toegelaat word om aan sy eie gevoelens en stres uitdrukking te gee nie, kan onder meer die volgende gedrag openbaar:

- slapeloosheid;
- verlies aan eetlus;
- onttrekking;
- afwykende gedrag;
- problematiese gedrag op skool;
- aggressie;
- hiperaktiwiteit (Hughes 1990:57).

Die rol van die Opvoedkundige Sielkundige moet wees om ouers in staat te stel om 'n balans te bewerkstellig waarbinne hulle aan hulle eie behoeftes sowel as dié van al hulle kinders erkenning gee (Gargiulo 1985:63).

3.5 DIE GESINNE VAN BREINBESEERDE KINDERS SE VERWERKING VAN STRES

Gesinne kan die trauma van 'n kind se breinbesering op verskillende wyses verwerk. Dit verg natuurlik ontsaglike krag, moed en geloof. Soos reeds in die studie vermeld, is daar etlike faktore wat tot stres en 'n krisis in die gesin kan bydra, maar daar is verskillende maniere waarop gesinne stres kan hanteer.

Sommige gesinne raak grootliks disfunksioneel terwyl ander as 'n eenheid disintegreer. Sommige gesinne bly wonder bo wonder ongeskonde deur effektief aan te pas by hulle eie behoeftes, by mekaar en by die behoeftes van die breinbeseerde kind.

Dit wil dus voorkom of sommige gesinne se hantering van stres meer suksesvol is as dié van ander. Dit is nodig om die sleutelfaktore wat met suksesvolle stres hantering en aanpassing verband hou, te bestudeer (Hughes 1990:59).

3.5.1 Die gesin en die breinbeseerde kind

Ná 'n kind se breinbesering moet die ouers tegelykertyd hulle eie smart en verdriet en die reaksies van die ander gesinslede hanteer. Dikwels sien een of albei van die ouers nie die breinbeseerde kind se beperkinge raak nie, terwyl ander ouers intense vrese, skuld en depressie oor hul beseerde kind se toekoms ervaar.

Een ouer kan van sy werk, alkohol, egskeiding of 'n ander vermydings- of ontvlugtingstaktiek gebruik maak. Dit laat egter die ander ouer met 'n verhoogde las ten opsigte van die versorging van die res van die gesin. Ouers is geneig om hulleself vir 'n kind se breinbesering te blameer. Dit veroorsaak verdere gevoelens van ontoereikendheid, angs en hulpeloosheid. As ouers glo dat hulle die breinbesering moontlik kon verhoed het, ervaar hulle 'n gevoel van intense skuld wat reaktiewe depressie tot gevolg kan hê (Gargiulo 1985:23).

Die teenwoordigheid van 'n breinbeseerde kind kan toereikende gesinsrolle soos byvoorbeeld die tradisionele liefdevolle moedersrol, ontwig en selfs lamlê. Die onvermoë van die ouerpaar om saam te werk ten opsigte van gedefinieerde pligte, kan tot konflik in die huwelik lei (Waaland & Kreutzer 1988:57). Ouers in dié situasie is ook geneig om oorbeskermend teenoor hulle ander kinders op te tree.

'n Breinbeseerde kind is geneig om gedragsversteuring tesame met persoonlikheidsveranderinge te openbaar. Veranderde gedrag kan tot ernstig ontwrigtende aanpassingsprobleme in die gesin lei waarop die pasiënt se gesin nie altyd voorbereid is nie (Lezak 1986:241).

'n Breinbesering is 'n krisis vir gesinslede in terme van die dramatiese veranderinge wat dit meebring en wat die gesin dikwels nie doeltreffend kan hanteer nie. Die krisis kan onafgebroke voortduur, afhangende van die graad van die kind se breinskade, wat verwarring en ontwrigting binne die gesin kan veroorsaak. Indien ander faktore, probleme of omstandighede egter bykom, kan dit daartoe bydra dat die gesin se aanpassingsvermoë daardeur beïnvloed word. Die interaksie tussen gesinslede onderling en die vindingrykheid wat die lede van die gesin aan die dag lê, kan egter 'n bepalende faktor wees ten opsigte van die gesin se vermoë om stres te hanteer (Martin 1988:468).

Opvoedkundige Sielkundiges wat met die gesinslede van breinbeseerde pasiënte werk, kan hulle help om realistiese verwagtinge te koester en aan te pas by die emosionele en sosiale probleme wat toenemend ontstaan namate die situasie verander en daarby aangepas moet word (Lezak 1986:241).

Die Opvoedkundige Sielkundige moet bewus wees daarvan dat die grootste gedeelte van ouers se stres daaraan toe te skryf is dat hulle alleen en onseker voel in hulle swaarkry en dat hulle hulp nodig het. Die eerste stap is dus om meer te wete te kom deur te lees, te luister en meer te leer van breinbeserings, opvoeding en rehabilitasie. Ouers wat aktief by die kind se behandeling, rehabilitasie en opvoeding betrokke is voel asof hulle die situasie onder beheer het. Die teendeel - 'n gevoel van onmag - kan hulle totaal en al oorweldig. Of die ouers "in beheer" voel en of hulle "magteloos" voel hang in groot mate van hulleself af: hulle kan nie hul situasie kies nie, maar hulle kan wel self besluit hoe hulle op hul omstandighede gaan reageer.

3.5.2 BRONNE TOT BESIKKING VAN DIE GESIN VAN 'N BREINBESEERDE KIND

Die vermoë van 'n gesin om stres te hanteer, hou regstreeks verband met komplekse interne en eksterne faktore. Interne faktore sluit die volgende in: gesinssamehang, ondersteuning van mede-gesinslede, en 'n bereidwilligheid om betrokke te raak by probleemoplossing en ontspanningsaktiwiteite vir die gesin.

Eksterne faktore behels die volgende: gemeenskapsondersteuningsnetwerke soos rehabilitasie- en opvoedkundige inrigtings binne die plaaslike gemeenskap en hoe toeganklik sulke sentra vir die gesin is; en die beskikbaarheid van ondersteunings- en terapeutiese dienste, wat 'n belangrike rol speel in die hantering van 'n traumatiese breinbesering (Waaland & Kreutzer 1988:57).

Die psigososiale omgewing waarbinne die gesin hom bevind, is baie belangrik en help al die lede van die gesin om die krisis waarin hulle hul bevind, die hoof te bied, aan die hand van die volgende:

- gesinsamehang en ondersteuning van die individuele gesinslede;
- hulp aan gesinslede om hul emosies te kan verwoord en hanteer;
- blywende optimisme;
- buigsaamheid en aanpasbaarheid van die gesin;
- religieuse faktore byvoorbeeld geloofversterking en gebed;
- ontspanningsaktiwiteite en gesinsdeelname aan sport;
- die dienste van professionele persone (Martin 1988: 468).

Die gesin wat positief staan teenoor sy psigososiale milieu, het toegang tot 'n netwerk informele sosiale ondersteuningsliggame. So 'n netwerk kan lede van die uitgebreide gesin, bure, vriende, kerk, kollegas, huishulp, en 'n ondersteuningsgroep vir die ouers en/of die gesin van 'n breinbeseerde insluit.

Ondersteuningsgroepe kan gesinne die geleentheid bied om hulle gevoelens en probleme met mekaar te deel en daaroor te gesels. Ondersteuningsgroepe kan verder 'n onskatbare, ryk bron van relevante inligting oor praktiese aspekte van die hantering van breinbeseerdes wees (Solarsh et al. 1990g:19; Solarsh et al. 1990h:139).

Hulpverlening en die steun van netwerke en steungroepe kan die gesin help om die aanvanklike gevoelens van wanhoop en isolasie te verminder en te vervang deur hoop, aanvaarding en aanpassing (Blacher 1984:31).

Opvoedkundige hulpprogramme kan dit vir die gesin makliker maak om die situasie te beheer. Dit op sigself is egter nie altyd voldoende nie (Savage & Carter 1988:14). Gesondheids- en opvoedkundige dienste moet nooit gering geskat word nie omdat hulle 'n sleutelrol in die hulpverlening aan die breinbeseerde kan speel.

Gesinne wat positief en aktief poog om stres te verwerk, hanteer ook bykomende stres beter. Gaandeweg ontwikkel die gesin vaardighede om hulle probleme as 'n gesin, suksesvol op te los, ten einde hulle situasie te beheer (Martin 1988:468).

Vir die ouerpaar is dit belangrik om aandag aan hulle eie verhouding te gee en nie mekaar te verwaarloos nie. Saam moet die ouerpaar aan 'n nuwe lewe en toekoms bou met 'n uitsluiting van skuldgevoelens en misverstande. 'n Gesonde dieët en gereelde oefening is onder meer tegnieke vir die hantering van stres. Beide ouers kan op 'n gesonde huwelik konsentreer waar dinge gedoen word wat albei geniet. Daar kan in dié verband met vrug gebruik gemaak word van die dienste van 'n sielkundige (Siblings of Children with Disabilities 1979:C32).

Al die gesinslede moet leer om hulle spanning te identifiseer en te verwerk of te verlig. Die hele gesin sal stres beter kan hanteer as hulle hulle daartoe verbind om so gereeld moontlik saam aan sport of ander bedrywighede deel te neem.

Die gesin moet verkieslik ook gereeld hulle emosies byvoorbeeld woede en skuldgevoelens, kan bespreek met iemand soos 'n goeie vriend, 'n Opvoedkundige Sielkundige of persone in 'n steungroep (Hughes 1990:59). Kommunikasie, die deel van emosies en net die geleentheid om te gesels het groot terapeutiese waarde, wat ook duidelik geblyk het uit die loodsondersoek.

Geloof en gebed help die gesin om hulle troumatiese situasie te verwerk. Uit navorsing is gevind dat gesinne wat die trauma van 'n breinbeseerde kind die beste hanteer, nie aan 'n spesifieke kerk behoort nie. Waar 'n gesin 'n breinbeseringstragedie beleef bied geloof in 'n Godheid 'n doel, hoop, sin en betekenis en help dit die gesin om die tragedie te verwerk (Waaland & Kreutzer 1988:53).

3.5.3 HOE GESINNE DIE STRES HANTEER

Kinders moet geleer word om hulle stres suksesvol te hanteer. Ouers kan byvoorbeeld help om die breinbesering aan hulle kinders te verduidelik op so 'n wyse dat dit verstaanbaar is. In die proses moet kinders toegelaat word om vrae te vra en vrylik te gesels oor dinge wat hulle bekommer; so kan ernstige of kroniese probleme vermy word. Ouers moet hulle kinders ook aanmoedig om hulle persoonlike gevoelens van woede, skuld en vrees teenoor die ouers, 'n familielid, vriend of betroubare onderwyser of Opvoedkundige Sielkundige te lug (Gargiulo 1985:56).

Die ouer moet ook sy eie gevoelens oor sy eie gevoelens oor die breinbeseerde se toestand met die ander kinders deel. Daarmee toon die ouer aan sy kind(ers) dat dit nie verkeerd is om te voel soos hulle voel nie en verder dat hulle miskien nie die enigste mense is wat so voel nie. Dit is noodsaaklik dat die ouers ook die skool in die saak moet ken, sodat veranderinge in die kind se gedrag verstandig hanteer en beheer kan word (Gargiulo 1985:63).

Gedurende kommunikasie met die normale kinders moet ouers hulself afvra of dit wenslik is om verantwoordelikhede wat voorheen deur die ouer(s) self nagekom is, aan die normale kind(ers) op te dra (Blacher 1984:240).

Dit is belangrik dat ouers so gereeld moontlik tyd maak vir elkeen van hulle kinders, al is dit nie baie lank nie op 'n keer nie. Kinders moet nooit toegelaat word om alleen, verstote of verlore te voel nie. Elke kind se persoonlike behoeftes en behoeftevervulling moet vir al die lede van die gesin belangrik wees. Dit is ook vir die kinders belangrik om gereeld 'n tydjie saam met hulle eie vriende, vriende van die gesin, familie en grootouers deur te bring (Hughes 1990:57).

3.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is gekyk na die belewing en aanpassingproses van die gesin waarin 'n breinbeseerde kind voorkom. Daar is ook gekyk na watter faktore druk op die gesin plaas en laastens na hoe al die lede van die gesin stres hanteer. Kennis in dié verband is vir die Opvoedkundige Sielkundige noodsaaklik ten einde hulp aan die gesin of gesinslede te kan verleen.

In hoofstuk 4 sal daar aandag gegee word aan bestaande sielkundige hulpverlening gerig op die hantering van stres deur die ouers en ander gesinslede van 'n breinbeseerde kind.

Kennis van bestaande hulpverlening sal die Opvoedkundige Sielkundige help om sy kliënte te ondersteun, hulle te help om realistiese verwagtinge te koester en om meer doeltreffend by die breinbeseerde kind aan te pas.

HOOFSTUK 4

BESTAANDE SIELKUNDIGE HULPVERLENING VIR STRESHANTERING AAN DIE OUERS EN ANDER GESINSLEDE VAN 'N BREINBESEERDE KIND

- 4.1 INLEIDING
- 4.2 HULPVERLENINGSBEHOEFTE VAN GESINSLEDE
- 4.3 BESTAANDE HULPVERLENING AAN OUERS EN ANDER GESINSLEDE
 - 4.3.1 OUBEGELEIDING
 - 4.3.1.1 INLIGTING AAN OUERS
 - 4.3.1.2 KONSULTASIE
 - 4.3.1.3 OPLEIDING
 - 4.3.2 GESINSTERAPIE
 - 4.3.3 TERAPIE VIR DIE BREINBESEERDE SE BROERS EN SUSTERS
 - 4.3.4 DIE SOSIALE NETWERK VAN INGRYPING
 - 4.3.4.1 DIE METODE VAN SOSIALE NETWERK-STIGTING
 - 4.3.5 INRIGTINGS EN ORGANISASIES
- 4.4 GESINSREAKSIES EN SIELKUNDIGE STRESHANTERINGSGERIGTE HULPVERLENING
 - 4.4.1 EERSTE STADIUM : BLYDSKAP EN VREUGDE
 - 4.4.2 TWEEDE STADIUM : ANGSTIGHEID EN ONSEKERHEID
 - 4.4.3 DERDE STADIUM : ONTMOEDIGING EN SKULDGEVOELEN
 - 4.4.4 VIERDE STADIUM : DEPRESSIE
 - 4.4.5 VYFDE STADIUM : ROU
 - 4.4.6 SESDE STADIUM : HERORGANISERING
- 4.5 DIE ALGEMENE BYDRAE EN WAARDE VAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGE HULP
- 4.6 SAMEVATTING

HOOFSTUK 4

BESTAANDE SIELKUNDIGE HULPVERLENING VIR STRESHANTERING AAN DIE OUERS EN ANDER GESINSLEDE VAN 'N BREINBESEERDE KIND

4.1 INLEIDING

Ten einde 'n antwoord op die navorsingsprobleem te verkry, is dit nodig om in detail na bestaande stresshanteringsgerigte hulpverlening aan die gesin, en die inhoud daarvan te kyk. Daar is selfs so lank gelede as 1967 kennis geneem van die stelling van Frierson en Barbe (1967:145). "Unfortunately the parents of the brain-damaged child have been neglected in most research studies to date". Ook Waaland en Kreutzer (1988:57) was van mening dat: "To date (1988) there have been no systematic investigations pertaining to strategies that facilitate family adjustment following childhood head trauma. Clearly the availability of appropriate supportive and therapeutic services is critical to family outcome in other disabilities". "Family research should also involve the development of a reliable and valid instrument for measuring family coping with head injury. Head injury rehabilitation and family therapy professionals would find such an instrument valuable for guiding family assessment and intervention" (Kosciulek 1994:255). Daar is tans (1996) steeds 'n algemene behoefte aan langtermynhulpverlening en meer spesifiek aaneenlopende, deurlopende hulpverlening vir gesinslede (Van Kradenburg 1995; Beukes 1996; Glen 1995; Sasser 1996; Labuschagne 1996; Katz 1995; 1990g:7,9,11).

Kennis van die aard van sodanige hulpverlening sal die Opvoedkundige Sielkundige in staat stel om sy kliënt te ondersteun, sy vrae te beantwoord, of hom te verwys. Verder sal sielkundige hulpverlening die gesin help om realistiese verwagtinge te koester en toepaslike aanpassings ten opsigte van emosionele en sosiale probleme wat ervaar word, te maak.

In die vorige hoofstuk word gekyk na faktore wat stres op die gesin plaas en hoe die lede van die gesin dit hanteer. In dié hoofstuk val die klem op bestaande streshanteringsgerigte hulpverlening aan die gesinslede van die breinbeseerde kind. Daar sal aandag gegee word aan die hulpverleningsbehoefte van gesinslede, bestaande hulpverlening aan ouers en ander gesinslede, gesinsreaksies en opvoedkundige sielkundige hulpverlening ten opsigte van probleme. Laastens sal aandag gegee word aan die algemene bydrae en waarde van opvoedkundige sielkundige hulpverlening.

4.2 HULPVERLENINGSBEHOEFTE VAN GESINSLEDE

Te oordeel aan 'n stelling van Ray Barsch in Frierson en Barbe (1967:145) is die hulpverleningsbehoefte van ouers niks nuuts nie: "Too many professional specialists give parents the feeling that they have little time to discuss the problems with them, communicate in a technical jargon that effectively confuses and overwhelms the parents, and generally shows little or no interest in the personal problems of the parents" (Beukes 1995; Bulstrode 1990:36).

Volgens Mauss-Clum en Ryan (1981:165-169) het uit verskeie ondersoeke geblyk dat 'n gesin se besondere behoeftes aan professionele hulpverlening net nadat een gesinslid 'n breinbesering opgedoen het (gedurende die akute stadium van breinbesering van 'n lid van die gesin), in die orde van belangrikheid, die volgende is:

- 'n Duidelike en goeie verduideliking en diagnose van die breinbeseerde se toestand en wat tans vir hom gedoen word in terme van mediese behandeling (Solarsh et al. 1990h:120; Cooper 1976:29);
- 'n Bespreking van realistiese verwagtinge (al is 'n prognose moeilik);
- Emosionele ondersteuning;
- Finansiële voorligting;
- 'n Ondersteuningsgroep kan moontlik van hulp wees (Solarsh et al. 1990g: 18,21; Solarsh et al. 1990h:134).

Bogenoemde behoeftes kan vergelyk word met die emosionele behoeftes van gesinslede van alle pasiënte wat om die een of ander rede in 'n kritieke toestand verkeer. In die orde van belangrikheid is hulle behoeftes:

- 'n gevoel van hoop;
- die gevoel dat verpleegpersoneel omgee vir die pasiënt;
- die gevoel dat hulle as naasbestaandes voortdurend op die hoogte van die pasiënt se toestand en vordering gehou word;
- die ondersteuning aan die gesinslede (Mauss-Clum & Ryan 1981:166).

Daar is vasgestel dat gesinslede van breinbeseerde kinders in Washington in die VSA asook in Suid-Afrika oor die algemeen baie tevrede is met die kwaliteit mediese behandeling en versorging wat die kind ten tye van die ongeluk ontvang (Merritt & Evans 1990:129; Sasser 1996). Wat hulpverlening in terme van die bevrediging van ander behoeftes betref, voel gesinslede dat persentasiegewys, daar soos volg aan hul behoeftes voldoen is:

- 'n Duidelike en goeie verduideliking van die pasiënt se toestand - 57%
(Gesinslede het gevoel dat hulle kontak met medici nie voldoende was nie) (Merritt & Evans 1990:130; Lezak 1986:243; Sasser 1996).
- 'n Bespreking van realistiese verwagtinge - 23%
- Emosionele ondersteuning - 50%
- Finansiële voorligting - 10%
- Steungroepe - 3%
- Geensins op enige van bogenoemde terreine - 20%
(Waaland & Kreutzer 1988:58; Mauss-Clum & Ryan 1981:166; Sasser 1996).

Merritt en Evans (1990:129) het gevind dat waar gesinslede by hospitale en/of rehabilitasiefasiliteite in Seattle, Washington om hulp aangeklop het, daar persentasiegewys soos volg aan hulle inligting oor die volgende verskaf is:

- | | |
|--|-----|
| - Ondersteuningsgroepe | 57% |
| - Voogskap | 42% |
| - Finansies | 37% |
| - Sosiale sekuriteit | 67% |
| - Organisasies wat inligting rakende
hoofbesering verskaf | 57% |

Geen mediese inrigting waarna daar in die ondersoek van Merritt en Evans (1990:129) verwys is het egter in terme van die volgende behoeftes hulp verleen nie:

- die behoefte aan verstaanbare inligting (verduideliking van die diagnose en prognose aan gesinslede, in verstaanbare taal); en

- die behoefte van gesinslede dat iemand na hulle moet luister en hulle voorstelle in ag moet neem.

Volgens Waaland en Kreutzer (1988:58) voel gesinslede dat hulle onmiddellike en primêre behoeftes net nádat 'n gesinslid 'n breinbesering opgedoen het (traumatiese fase van die breinbesering) meer dikwels deur vriende en familie bevredig word as deur professionele persone.

Mauss-Clum en Ryan (1981:166) het bevind dat gesinslede ten tye van breinbesering persentasiegewys die meeste waarde aan die emosionele steun en hulpverlening van die volgende persone geheg het:

- 'n naasbestaande	50%
- 'n vriend	50%
- 'n medikus	43%
- 'n verpleër	17%
- 'n sosiale werker	17%
- geen persoon nie	6%
- 'n sielkundige	0%

Baxter, Cummins en Polak (1995:133) bevestig bogenoemde veral die waarde wat deur naasbestaandes en vriende aan die gesin gebied word.

'n Vraag wat in die studie onbeantwoord geblyk het, is: Na wie sal 'n gesin of gesinslid hom ten tye van die mediese krisis heel eerstens wend vir emosionele steun? Die waarde van 'n professionele spanbenadering word beklemtoon, nie net om die vrae van gesinslede te beantwoord nie, maar ook om hulle te help met besluitneming en die hantering van hulle situasie (Beukes 1996; Mauss-Clum & Ryan 1981:167; Van Kradenburg 1995).

Die behoefte aan inligting is van primêre belang vir die gesinslede van 'n breinbeseerde kind (Cooper 1976:29; Lerner 1971:377; Rogers & Kreutzer 1984:345). Om inligting te verstrek is 'n proaktiewe benadering en 'n belangrike meganisme om moontlik 'n latere gesinskrisis en gesinsverbrokkeling te voorkom (Lezak 1986:249).

Blacher (1984:410) het bevind dat gesinslede en hulle gesondheid in die proses van hulpverlening aandag moet kry, maar dat professionele persone dit soms ignoreer of miskyk. Daar moet in gedagte gehou word dat gesinslede binne een tot vier weke na die breinbesering stres begin ervaar en vroeë begin vroeë wat vir hulle baie belangrik mag wees (Mauss-Clum & Ryan 1981:167).

Bepaalde gesinne se behoeftes aan ondersteuning is geneig om met verloop van tyd te verander; behoeftes kan byvoorbeeld finansieel, sosio-ekonomies of medies van aard wees (Blacher 1984:392).

4.3 BESTAANDE HULPVERLENING AAN OUDERS EN ANDER GESINSLEDE

Sielkundiges verleen onder meer hulp en steun wat die gesin of die klient se persepsies, waardes, gevoelens, ervarings, verwagtinge, behoeftes en probleme betref. Die geïdentifiseerde behoeftes van gesinslede kan as grondslag vir hulpverlening of ingryping dien. Tydige ingryping kan dalk verdere probleme voorkom (Lezak 1986:249; Rapp 1986:44; Rie & Rie 1980:647; Solarsh et al. 1990h:138-149). Die bestaande professionele ingryping wat op handhawing van geestesgesondheid by gesinslede gerig is, behels ouerbegeleiding, gesinsterapie, groepterapie en sosiale netwerk-ingryping.

4.3.1 Ouerbegeleiding

Ouerbegeleiding is wanneer daar kennis, advies en ondersteuning aan ouers verstrek of verleen word (Mauss-Clum & Ryan 1981:165-68; Rapp 1986:57; Seligman 1979:35; Solarsh, Katz & Goodman 1990f:1-12; Solarsh et al. 1990h:138-149; Stewart 1986:31). Ouerbegeleiding is in belang van die geestesgesondheid van die ouers en die gesin. Gereelde ouerbegeleidingsvergaderings gee ouers die geleentheid om hulle gemeenskaplike probleme, gevoelens en emosies te bespreek. Verder kan kwessies soos dissipline, kommunikasievaardighede, gedragsmodifikasies, verantwoordelikhede en hoe om probleme te hanteer daar met 'n professionele persoon bespreek word (Michaelis 1980:190; Rie & Rie 1980:651). Seligman (1979:37,38) noem drie soorte ouerbegeleiding waarop kortliks gelet word:

- inligting aan ouers;
- konsultasie;
- opleiding;

4.3.1.1 Inligting aan ouers

In hierdie vorm van begeleiding word daar in fyn besonderhede gekyk na die breinbeseerde ten opsigte van inligting, kennis, insig en die hantering van die kind - ook ten opsigte van kindersorgdienste as ondersteuningsdienste (Biegel, Milligan, Putnam & Song 1994:490; McDowell, Saylor, Taylor, Boyce & Stokes 1995:139; Schoeman 1989:27; Seligman 1979:358; Solarsh, Katz & Goodman 1990d:14; Solarsh et al. 1990h:20; Stewart 1986:53-54, 55). Kennis van breinbesering kan help om skuldgevoelens by ouers te beperk (Rie & Rie 1980:651; Waaland & Kreutzer 1988:57).

Die lede van 'n gesin waar daar 'n breinbeseerde kind is, se stres kan deur opvoeding, ouerbegeleiding en sosiale ondersteuning verlig word, wat tot beter aanpassing by en begrip van die situasie lei (Schoeman 1989:23; Waaland & Kreutzer 1988:60).

4.3.1.2 Konsultasie

Konsultasie is 'n terapeutiese ingryping gefokus op houdings en emosies wat ouers ervaar. Hierdie vorm van ouerbegeleiding is veral van waarde waar ouers hul kommunikasie met hul breinbeseerde kind wil verander of verbeter, of waar ouers onrealistiese verwagtinge van die breinbeseerde koester (Rie & Rie 1980:652; Solarsh et al. 1990g:20-21; Solarsh et al. 1990h:134). Hierdie vorm van begeleiding kan aan individuele ouers of aan ouerpare gebied word.

4.3.1.3 Opleiding

Ouers word opgelei in die nodige vaardighede om hulle breinbeseerde kind self, sy emosies en gedrag te hanteer (Blacher 1984:359-364; Solarsh et al. 1990g:17-18; Solarsh et al. 1990h:135).

Die opleiding behels waarneming (observasie) van die breinbeseerde kind se gedrag en die notulering daarvan, biblioterapie deur onder meer die versamelde inligting deur te lees oor breinbesering, oor hoe om sekere gedrag by 'n breinbeseerde kind te versterk of te ontmoedig, en hoe om die breinbeseerde te tugtig gegrond op die leerteorie (Rapp 1986:36). Ouers kan verder geleer word om gedragsmodifikasies by die breinbeseerde kind teweeg te bring (Rie & Rie 1980:652; Solarsh et al. 1990h:122-125; Solarsh et al. 1990g:53-60).

4.3.2 Gesinsterapie

Daar is in die vorige hoofstuk gekyk na die stres wat 'n breinbeseerde kind by sy ouers en medegesinslede veroorsaak. Die klem is met gesinsterapie nie direk op die breinbeseerde nie maar eerder op die gesin se roldefiniëring, kommunikasiemetodes en die wyses waarop hulle hul eie gevoelens en emosies hanteer (Pittman 1987: 28-31). Gedurende gesinsterapie word niemand toegelaat om 'n ander te beskuldig vir bestaande probleme of die toestand van die breinbeseerde kind nie, omdat elke persoon se gedrag, gevoelens en emosies afsonderlik beskou moet word. Hierdie vorm van terapie kan groot verligting by gesinslede bring, veral waar gesinsverantwoordelikhede beter verdeel word en hulle geleer word om beter met mekaar te kommunikeer (Rie & Rie 1980:653; Solarsh et al. 1990g:18; Solarsh et al. 1990h:138-150; Woody 1994:82).

4.3.3 Terapie vir die breinbeseerde se broers en susters

Groepsterapie bied 'n uitstekende geleentheid om frustrasies wat ervaar word uit te spreek sodat dit bespreek kan word, aangesien breinbesering 'n gemeenskaplike probleem is (Stewart 1986:92).

In laer-inkomste gesinne is ouers geneig om kinders met meer verantwoordelikhede op te saal. Die oudste dogter aanvaar byvoorbeeld soms verantwoordelikheid vir die versorging van die breinbeseerde kind, dikwels met die goedkeuring van haar ouers. Waar gesinslede bespreking oor die breinbeseerde kind vermy of uitstel kan dit tot onderdrukte negatiewe gevoelens jeens die breinbeseerde lei.

Gedurende groepsterapie kry broers en susters van die breinbeseerde die geleentheid om hulle gevoelens van droefheid, woede, vrees, verleentheid en isolasie te bespreek (Solarsh et al. 1990h:128). Lede in die groep, veral ouderdomsgenote, kan mekaar ook ondersteun (Waaland & Kreutzer 1988:59).

4.3.4 Die sosiale netwerk van ingryping

Onder die sosiale netwerkingrypingsbenadering word die sistematiese organisering van 'n groep belanghebbendes en belangstellendes verstaan. Die doel met die benadering is ook dat 'n fasiliteerder 'n stelsel vir die gesin vestig. Die prosedure wat gevolg word is om die gesinslede van die breinbeseerde, tesame met die uitgebreide familie, vriende, kennisse, lede van ondersteuningsgroepe en ander belangstellendes, byeen te bring om 'n sosiale netwerk te stig (Cooper 1976:52; Schoeman 1989:24; Volenski 1995:124; Woody 1994:81).

Gedurende sosiale netwerk-sessies word bogenoemde "gemeenskap van mense" gemobiliseer om probleme wat gesinslede van die breinbeseerde ervaar te identifiseer en te antisipeer, om met oplossings vorendag te kom en om die gesin by te staan of net beskikbaar te wees (Mauss-Clum & Ryan 1981:165; Prigatano 1989:143). In 'n sosiale netwerk moet 'n gevoel van verantwoordelikheid en betrokkenheid by die lede geskep word, tot voordeel van die getroumatiseerde gesin. Na 'n aantal sessies saam met 'n fasiliteerder kan die netwerk dit moontlik vind om onafhanklik en sonder die sosiale hulp en bystand van die fasiliteerder te funksioneer (Rogers & Kreutzer 1984:344).

Deur die sosiale netwerk-konsep kan baie gesinne van breinbeseerdes se probleme moontlik voorkom word deur vroegtydig van natuurlike ondersteuningstelsels en kreatiewe oplossings gebruik te maak (Groze 1994:102; Volenski 1995:128-129). Getroumatiseerde gesinne is minder geneig om geïsoleerd te raak as daar so 'n netwerk beskikbaar is (Mdaka 1991:11).

4.3.4.1 Die metode van sosiale netwerk-stigting

Daar moet reeds in die akute versorgingsfase deur 'n fasiliteerder ('n sielkundige, verpleeg- of ander kundige) met die stigting van 'n sosiale gesinsnetwerk begin word. Reeds tydens dié fase van die breinbeseerde kind se herstel kan netwerksessies gereël word. Gedurende die eerste sessie word die netwerkkonsep verduidelik en bespreek, en moet gesinslede potensiële deelnemers identifiseer. Gedurende die sessies kan professionele personeel die gesin en hulle ondersteuningsnetwerk konsulteer, keuses aan die hand doen, inligting verstrek en die gesin begelei ten opsigte van die uitwerking en moontlike gevolge van die kind se breinbesering (Beukes 1995). Lede van die netwerk deel in en antisipeer probleme en doen oplossings aan die hand. Gedurende opvolgessies tree professionele personeel as sosiale fasiliteerders op. Gedurende die sessies kan mediese en ander verslae ter inligting en oorweging voorgelê word (Rogers & Kreutzer 1984:344-345).

4.3.5 Inrigtings en Organisasies

In Suid-Afrika bestaan daar talle inrigtings en organisasies soos ondermeer die *Transvaal Memorial Institute for Child Health Development of TMI*, die *Woodside Sanctuary* en die *Community Development & Training*, wat nie net die gesin en die breinbeseerde kan akkommodeer en bystaan nie, maar ook aan sielkundiges en ander mediese hulppersoneel waardevolle ondersteuning

en verwysingshulp kan gee (Beukes 1995; Biegel et al. 1994:481-482). Met die opname van die breinbeseerde kind in 'n hospitaal of later 'n inrigting is die ideaal om 'n professionele spanbenadering te volg wat globale hulp en ondersteuning verleen. Professionele hulp aan gesinslede is gewoonlik daarna geredelik en op aanvraag by dié instellings beskikbaar. Wanneer 'n breinbeseerde in 'n inrigting opgeneem word val die klem op "tender loving care", hulp wat by sommige inrigtings tot en met die afsterwe van 'n breinbeseerde beskikbaar is (Beukes 1995).

Sommige inrigtings bied ook dagsorg, maandelikse opname en fasiliteite vir vakansiesorg aan as hulpverlening. Hierdie bystand bied gesinne geleentheid om hulle lewens te normaliseer, of gesinskrisisse die hoof te bied (Beukes 1995; Beukes 1996; Katz 1995; Telford & Sawrey 1981: 131-136).

4.4 GESINSREAKSIES EN SIELKUNDIGE STRESHANTERINGSGERIGTE HULPVERLENING

Die gesinslede van 'n breinbeseerde kind gaan deur 'n ewolusie of 'n reeks reaksies wat emosionele gevolge inhou en van wisselende duurtes is. Hierdie proses kan aan die hand van ses reaksiepatrone voorgestel word. Volgens Lezak (1986:243) ervaar sommige gesinne al die stadia soos in Tabel 1 uiteengesit, maar nie noodwendig teen dieselfde tempo of in dieselfde volgorde nie. Sommige gesinne kan selfs een of meer stadia oorslaan, terwyl ander gesinne vir etlike jare op 'n spesifieke stadium kan vashaak. Stadia neig om te oorvleuel en kan voorwaarts of terugwaarts skuif, byvoorbeeld waar 'n breinbeseerde kind opnuut 'n langvergete vaardigheid openbaar, of wanneer die gesin minder (of meer) vermoeid is of wanneer depressie oorgaan in woede (Lezak 1986:244).

TABEL 1 - STADIA IN DIE EWOLUSIE VAN GESINSREAKSIES
NADAT 'N LID 'N BREINBESERING OPGEDOEN HET

STADIUM	TYDPERK SEDERT HOSPITALI- SASIE	GESIN SE PERSEPSIE VAN DIE PASIËNT	VERWAGTINGE	GESIN SE REAKSIES
I Blydschap & vreugde	0-1 tot 3 maande	Bietjie moeilik weens faktore soos uitputting, onak- tiwiteit, swakheid	Sal binne 'n jaar ten volle herstel	Vreugde en blydschap
II Angstig & onseker	1-3 maande tot 6-9 maande	Werk nie saam nie, is nie gemotiveerd nie, selfgesentreerd	Sal ten volle herstel as hy harder probeer	Angstig; onseker
III Ontmoedig skuld- gevoelens	6-9 maande tot 9-24 maande, maar kan onbepaald voortduur	Onverantwoordelik; selfgesentreerd; lui; irriterend	Onafhanklikheid as jy weet hoe om hom te help	Ontsteld en ontmoedig; skuldgevoelens; depressief; gevoel van totale onmag
IV Depressie	9 maande of later; kan onbepaald voortduur	'n Anderse, moeilike, kinderagtige persoon	Geringe tot geen verandering	Depressief; "vasgevang"; teneergedruk; gefrustreerd
V Rou	15 maande of later; daar is gewoonlik 'n einde aan dié stadium	'n Moeilike, afhanklike, kinderagtige persoon	Geringe tot geen verandering	Rou
VI Herorgani- sering	18-24 maande of later	'n Moeilike, afhanklike, kinderagtige persoon	Geringe tot geen verandering	Herorganisering - emosioneel, indien nie ook fisiek nie, afgestomp

Aangepas uit:

Psychological Implications of Traumatic Brain Damage for the Patient's family (Lezak 1986:244)

Sielkundige hulpverlening wat bewuswording, erkenning, soeke na redes, soeke na oplossings of berusting en aanvaarding behels (Seligman 1979:52) sal gesinslede nie beskerm teen die pyn wat met elke stadium gepaard gaan nie, maar sal die gesin tog help om vinniger en met minder lyding deur elke stadium te werk (Blacher 1984:241). 'n Sielkundige kan die verhoudinge tussen die gesinslede en die breinbeseerde fasiliteer binne 'n raamwerk van beperkinge en uitdagings (Barry & O'Leary 1989:87). Die probleme wat met elke stadium ervaar word, verg egter vir elke stadium 'n ander soort sielkundige bystand, wat hierna kortliks bespreek word:

4.4.1 Eerste stadium : Blydschap en vreugde

Met die breinbeseerde kind se ontslag uit die hospitaal en met sy terugkeer huis toe, is sy gesinslede so oorstelp van vreugde en verligting, en verder so gretig om te help, dat min gesinslede die verskille in die breinbeseerde kind waarneem (Romano 1974:4; Solarsh et al. 1990h:116; Waaland & Kreutzer 1988:54). Veeleisende of kinderagtige optrede van die kind, word toegeskryf aan faktore soos uitputting en opgewondenheid om weer by die huis te wees. Sielkundige hulpverlening kan reeds met die ontslag van die kind voorgestel of aanbeveel word, of selfs op 'n later stadium, namate die behoefte daaraan ontwikkel (Barry & O'Leary 1989:87).

In hierdie stadium bied sielkundige hulpverlening weinig meer as om 'n raamwerk vir toekomstige sielkundige hulpverlening te skep (Baxter et al. 1995:134; Todd & Satz 1980:433). Enige sielkundige advies in hierdie stadium, veral dié rakende verwagtinge van die kind, val gewoonlik op dowe ore (Lezak 1986:245; Stewart 1986:139).

Waar sielkundige hulpverlening te reguit of blatant is, kan dit die gesin ontstel of selfs aggressief maak; so 'n benadering skep 'n ongunstige atmosfeer vir latere hulpverlening. Desnieteenstaande moet die sielkundige die gesin laat verstaan dat die kind dalk nooit weer dieselfde as voorheen sal wees nie, en dat dit vir hulle talle uitdagings kan inhou. Verder kan die sielkundige die gesin om die kind se gedrag akkuraat waar te neem vir enige teken van persoonlikheidsverandering (Lezak 1986:245; Rapp 1986:88; Solarsh et al. 1990h:123).

4.4.2 Tweede stadium : Angstigheid en onsekerheid

Met die afplatting van die gesin se optimisme en energie begin die tweede stadium. Gedurende dié tyd raak die gesinslede meer en meer bewus van emosioneel steurende en ontwrigtende gedrag by die kind. Dit maak gesinslede angstig en laat 'n gevoel by hulle ontstaan dat daar iets met die kind verkeerd is (Blacher 1984:60; Brooks & McKinlay 1983:336-344).

Die verwarring wat sommige gesinne ervaar, toon duidelik of en in watter mate die gesin gereed is vir sielkundige hulpverlening. Deur sielkundige hulpverlening kan die gesin se vordering deur die tweede stadium versnel word. Gesinne kan gehelp word om meer objektief en realisties oor die kind te wees en om sy probleemgedrag te identifiseer.

Gedurende hierdie vroeë stadium is die gesin gewoonlik nog nie gereed om te aanvaar dat die kind se probleme dalk permanent is nie (Blacher 1984:60). Gesinne blyk egter in dié stadium meer ontvanklik te wees om die realiteit te aanvaar dat die kind nie volkome sal herstel nie (Lezak 1986:245).

4.4.3 Derde stadium: Ontmoediging en skuldgevoelens

Die derde stadium ontwikkel wanneer, desnieteenstaande die gesin se pogings om die situasie te hanteer, hulle pogings vrugteloos blyk te wees.

Weens die breinbeseerde kind se opnieuwe afhanklikheid, onvanpaste gedrag en wanaangepastheid wat sy reaksies betref, kan hy nie, of vind hy dit moeilik om, take wat hy voor sy besering maklik en veilig verrig het, baas te raak. Dié feite ontstel sy reeds ongelukkige gesin en dra by tot hulle skuldgevoelens, verwarring en frustrasie (Rogers & Kreutzer 1984:343; Todd & Satz 1980:432).

Die derde stadium ontwikkel dikwels gedurende die laaste helfte van die eerste jaar na die trauma en plaas geweldige stres op dié wat na die kind omsien. Die breinbeseerde se ontwrigtende, onvanpaste en wanaangepaste gedrag mag gewoonteresponse word. Op hierdie tydstip besef sy gesin dat die moontlikheid bestaan dat die veranderinge in die breinbeseerde permanent mag wees en dat hulle lewens dalk blywend daardeur verander gaan word (Rogers & Kreutzer 1984:343; Waaland & Kreutzer 1988:54). Alle hoop op volkome herstel begin verdwyn wanneer hulle begin besef dat hulle met 'n breinbeseerde persoon sal moet saamleef (Lezak 1986:245).

Die derde stadium word geken aan intense konflik - innerlike konflik, konflik tussen gesinslede en konflik binne die breinbeseerde persoon self. In hierdie stadium kan die sielkundige gewoonlik openlik oor die onomkeerbare veranderinge en verliese gesels sonder die risiko om deur die gesinslede van die breinbeseerde verwerp te word.

Die eerste doelwit met sielkundige hulpverlening in dié stadium is om konstruktiewe losmaking van die verlede te bewerkstellig. Gesinslede moet hulle losmaak van emosionele en gevestigde bande, asook vroeëre verwagtinge van die kind (voor sy besering).

Tweedens moet die sielkundige die gesinslede help om hanteringstegnieke te ontwikkel om die wrywing en verwarring wat tussen hulle onderling sowel as tussen hulle en die kind mag ontwikkel, uit te skakel (Katz 1995; Lezak 1986:246).

Die dag-tot-dag gedrag van die breinbeseerde kan verbeter word deur gereelde gesinsinteraksie. Verder mag gedragsbeheer-tegnieke, gewoontevormende programme, strukturering van die omgewing en die toekenning van "token awards" gewensde resultate oplewer. Tydskedules en onveranderde roetines sal die breinbeseerde kind se verwarring tot die minimum beperk en hom toelaat om konstruktief aan gesinsaktiwiteite deel te neem.

Dit is gedurende die derde stadium dat gesinne aandag aan langtermyn beplanning en uitplasing gee. Uitplasing bied die moontlikheid van bevryding van 'n eindelose en uitputtende verantwoordelikheid (Lezak 1986:246), selfs al is dit dan net tydelik.

4.4.4 Vierde stadium : Depressie

Die meeste gesinne worstel deur 'n verwoestende oorgangstydperk. Die proses begin wanneer hulle aanvanklik aanneem dat die kind nog dieselfde persoon is as vroeër, maar algaande noodgedwonge tot die besef kom dat sy persoonlikheid deur sy besering verander is.

Die gesin betree die vierde stadium wanneer hulle uiteindelik tot die besef kom dat hulle as gesinslede nie vir die gesin se emosionele nood verantwoordelik is nie en dat die kind ook nie noemenswaardig gaan verbeter nie. Vir die meeste gesinslede neem dit 'n volle jaar van ellende, om ten volle bewus te word van die omvang en die kroniese aard van die kind se besering, sonder dat daar enige planne vir die toekoms gemaak word.

Nadat tot bogenoemde besef gekom is, begin al die gesinslede meer realisties dink oor die toekoms, en koördineer hulle hul take en pogings om die welsyn van die breinbeseerde kind in ag te neem (Blacher 1984:240; Lezak 1986:247; Waaland & Kreutzer 1988:55).

Baie gesinne sal eers gedurende die vierde stadium om sielkundige hulp aanklop. Die gesinslede sien die kind as 'n persoon wat nie dieselfde as voorheen is nie, 'n persoon wie se emosionele behoeftes nie bevredig kan word nie, wie bydra tot emosionele spanning in die gesin en wie se onaanvaarbare gedrag aanstoot gee en nie persoonlik opgeneem moet word nie. Met volle begrip en aanvaarding van die persoon ervaar die gesin 'n vorm van emosionele vryheid, selfs al gaan dit finansiële moeilik (Beukes 1995). Hierdie besef is die voorganger tot 'n realistiese en baie nodige rouproses (Lezak 1986:247).

4.4.5 Vyfde stadium : Rou

Die vyfde stadium is die tydperk van aktiewe rou waartydens die gesin alle hoop laat vaar dat die kind ooit volkome, soos hy voorheen was, sal herstel. Seligman (1979:46) stel dit soos volg: "Let the child of your mind die and let the real child live". Godsdienstige besware, sosiale druk en skuldgevoelens is van die houdings wat in die weg staan van rou vir 'n persoon wat nog lewe. Die rouproses gaan nie, soos wat die gebruik by die afsterwe van 'n geliefde is, gepaard met sosiale ondersteuning en rituele vir die rou nie. Dié rou van gesinslede is 'n afgesonderde "geheime" roubeklaag wat voortsleep, weens die teenwoordigheid van die breinbeseerde (Labuschagne 1995). Geen persoon kan 'n ander van sy pyn, voortspruitend uit verlies, verlos nie. Nuwe ervarings en nuwe verhoudings móét egter deur 'n proses van rou voorafgegaan word.

In hierdie allermoeilikste van alle rou-situasies, waar daar van 'n persoon afskeid geneem moet word asof hy oorlede is, maar hy nog lewe, en die roubeklaers in twee geskeur word deur sosiale druk, skuldgevoelens en die bewustheid van die gesin se verlies, is sielkundige hulpverlening van onskatbare waarde, omdat die sielkundige die gesin "toestemming" kan gee om aktief te rou en hulle verder die versekering kan gee dat hulle botsende emosies normaal is (Lezak 1986:247).

4.4.6 Sesde stadium : Herorganisering

Gesinne in die sesde stadium vind dit moeilik om hulle lewens te herorganiseer en sodoende ouer lede van die gesin tot emosionele bevryding, en jonger gesinslede tot groei in staat te stel. Emosionele bevryding gee gesinslede die geleentheid om hulleself te herorganiseer en 'n betekenisvolle lewe te bou, omdat hulle die woede en skuldgevoelens wat hulle ervaar leer verwerk (Beukes 1995).

Met die aanbreek van die sesde stadium het gesinslede reeds baie van hulle emosionele pyn verwerk (Frierson & Barbe 1967:150). Die waarde van die sielkundige in die sesde stadium lê veral in die aanbeveling en/of fasilitering van toepaslike gemeenskapsdiens vir dagsorg en/of plasing van die breinbeseerde kind (Beukes 1995; Blacher 1984:61; Solarsh et al. 1990h:124-126). Gesinne wat hulle lewens op dié wyse georganiseer het, is nie geneig om weer van 'n sielkundige se dienste gebruik te maak nie, ténsy 'n nuwe krisis opduik.

Die gesin moet kennis dra van watter (of wie se) dienste hulle gebruik moet maak indien daar nie 'n sielkundige beskikbaar is nie. Die name van ander persone, agentskappe of vrywillige dienste moet dus aan gesinslede beskikbaar gestel word, siende dat hulle verantwoordelikhede vir hulle leeftyd mag voortduur (Lezak 1986:248).

4.5 DIE ALGEMENE BYDRAE EN WAARDE VAN OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGE HULP

Opvoedkundige Sielkundiges moet gesinne tydig help, ondersteun en begelei om aan kritieke sake soos die volgende aandag te gee:

- Die lede van 'n gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom moet aangemoedig word om aandag te gee aan hulle eie fisieke en geestes-
gesondheid, maar veral hulle eie gemoedstoestand. Die breinbeseerde
se welsyn is weliswaar afhanklik van die welsyn van sy gesin (Blacher
1984:408; Burke 1987:195-197). Gesinslede mag dit moontlik vind om 'n
lewe van selfontsegging vir 'n beperkte tyd vol te hou, maar geen persoon
kan emosionele en sosiale ontsegging onbepaald volhou sonder om fisiek
siek te word of emosioneel daaronder te ly nie (Lezak 1986:248). Waar
gesinslede weier om aan hulself aandag te gee, sal hulle dit tog doen as
dit ten bate van die breinbeseerde kind is. Gesinslede moet tot die besef
kom (of gelei word indien nodig) dat hulle eie swak gezondheid en
gevoelens van moedeloosheid en ontkenning onvermydelik verreikende
gevolge vir die breinbeseerde se situasie sal inhou.

Dikwels beskou sulke persone 'n kans om weg te breek - waarskynlik as
gevolg van skuldgevoelens - as "ontvlugtingsgedrag". Hulle moet egter
daartoe gelei word om soms die juk doelbewus neer te lê, net om hulle
eie geduld en kragte te herwin, en hulself weer te vind (Lezak 1986:248).

- Die gesin moet kyk na regsdokumente en finansiële reëlins soos onder
meer die aanpassing van ouers se testament, die nodigheid om 'n trust te
stig en om polisse uit te neem wat vir die breinbeseerde voorsiening kan
maak (Lezak 1986:268; Mauss-Clum & Ryan 1981:166-168).

Die gesin moet ook bewus gemaak word van finansiële ondersteuning wat aan hulle beskikbaar is (Schoeman 1989:21).

Deur hierdie aangeleenthede vroeg aan te spreek wys die sielkundige indirek vir die gesinslede, dat die situasie rakende die breinbeseerde kind kronies en ernstig is (Lezak 1986:248; Volpe & McDowell, 1990:220).

- Dit is uiters belangrik dat gesinslede die aard van die breinbeseerde kind se breinbeserings, asook sy organiese onvermoë om te herstel, sal verstaan. Baie gesinne het slegs beperkte verduidelikings van die pasiënt se geneesheer ontvang; ander gesinne was weer te onsteld om na verduidelikings te luister óf kan nie die inligting herroep nie (Lezak 1986:248-249; Mauss-Clum & Ryan 1981:168).
- 'n Deeglike herbeskouing/herevaluering van die breinbeseerde kind se toestand en die implikasies van die besering sal die gesin help om die situasie te begryp (Barry & O'Leary 1989:88). Dis ook belangrik om so 'n gesin te beskerm teen ander wat uit hul kwesbaarheid en desperaatheid voordeel wil trek (Lezak 1986:249).
- Die sielkundige moet bereid wees om gesinne by te staan wanneer die breinbeseerde kind nie verder by rehabilitasieprogramme kan baat nie, of wanneer die kind se vordering stadiger is as wat die gesinslede van hom verwag (Barry & O'Leary 1989:87).

Gesinslede sal somtyds hulle frustrasies en bekommernisse op die hulpgewende personeel of instansies rig, met beskuldigings van nalatigheid, belangeloosheid, vooroordeel en ontkenning.

Sulke beskuldigings kan ernstig met die konstruktiewe beplanning vir die breinbeseerde inmeng, en kan uiteraard die verhouding tussen die personeel wat die pasiënt behandel en die pasiënt self skaad (Barry & O'Leary 1989:87).

Deur 'n reguit gesprek met die gesin te voer oor hulle frustrasies en wantroue, kan 'n sielkundige gesinslede help om die beperkinge van die behandeling te aanvaar (Lezak 1986:249).

- Die beskikbaarheid van hulpverlening sowel as 'n sosiale en emosionele ondersteuningsnetwerk is belangrik vir die gesin en die pasiënt se aanpassing (Mauss-Clum & Ryan 1981:165). Die sielkundige moet vir die gesin 'n ondersteuningstelsel identifiseer en uitbrei (Waaland & Kreutzer 1988:58).

In Suid-Afrika tree die *Transvaal Memorial Institute for Child Health and Development of TMI*) as 'n handige ondersteuningsdepartement vir sielkundiges op (Beukes 1995).

- Die sielkundige moet die gesinslede laat verstaan dat die breinbeseerde se probleemgedrag en die gesin se reaksie daarop, soos woede en verwyt, 'n natuurlike reaksie is. Die emosionele pendulum kan dikwels swaai tussen liefde en haat (Beukes 1995; Gargiulo 1985:18; Katz 1995; Lezak 1986:249).

Dit is belangrik om die ware aard van die gevoelens te erken en dit te verstaan en nie te onderdruk nie. Dit sal selfbetwyfeling, skuldgevoelens en vrese ten opsigte van eie geestesgesondheid by beide die gesin en die breinbeseerde teëwerk.

Volgens Lezak (1986:249) is dit jammer dat daar baie gesinne is wat op hulle eie niks verder kom as om op hulleself die hulpelose, ondankbare en eensame taak te neem om 'n emosionele vreemdeling, wie se sielkundige funksionering permanent versteur is, te versorg nie.

Sulke gesinne klop soms jare ná die ongeluk wat breinbesering tot gevolg gehad het eers aan om sielkundige hulp. Maar sukkel dan nog steeds om die breinbeseerde en hulle eie emosionele reaksies te hanteer. Sielkundige hulpverlening is in hierdie laat stadium baie pynlik omdat die gesin gehelp moet word om jare se pyn te verwerk. Hoe gouer daar met die hulpverlening begin word, hoe minder tyd en moeite neem dit om die getroumatiseerde gesin ten minste 'n besondere "hel" te spaar (Lezak 1986:249).

4.6 SAMEVATTING

Om die stres en behoeftes van die ouers en gesinslede van breinbeseerde kinders effektief aan te spreek, is dit nodig dat die sielkundige dikwels en deurlopend in 'n verskeidenheid van rolle optree, naamlik dié van opvoeder, advokaat, terapeut, vriend en lid van 'n professionele hulpverleningspan.

Die sielkundige moet kreatiwiteit en deursettingsvermoë aan die dag lê om al die gesinslede te help om die nodige hulpverlening en dienste te bekom en moet self kontinue langtermynhulp verleen, omdat dit dikwels nie beskikbaar is nie, of moeilik is om te bekom, namate die kliënt se behoeftes deurlopend verander. Daar moet voortdurend in ag geneem word dat gesinslede met 'n breinbeseerde kind die risiko loop om psigopatologiese afwykings te ontwikkel (Waaland & Kreutzer 1986:61).

In hierdie hoofstuk is daar gekyk na die hulpverleningsbehoefte van gesinslede; stadia in die ewolusie van gesinsreaksies en bestaande stresreageringsgerigte sielkundige hulpverlening aan die ouers en ander gesinslede van 'n breinbeseerde kind.

Dit is duidelik dat 'n volledige, professionele spanbenadering gekombineer met die sosiale netwerk-ingrypingsmodel die ideaal is om veral aanvanklik die gesin te help en by te staan, om opsies te bespreek en vrae te beantwoord. Kontinue langtermynhulpverlening vir gesinne is 'n algemene behoefte by gesinslede en die meeste instansies erken dit, maar het nie die tyd of fondse om só 'n diens aan te bied nie (Beukes 1995; Beukes 1996; Glen 1995; Katz 1995).

Dit blyk duidelik, uit die loodsondersoek sowel as die literatuurstudie, dat sielkundige en ander gespesialiseerde hulpverlening wel vir gesinslede beskikbaar is (selfs vir langtermynhulp), maar nie kontinuu of goed gekoördineer is nie (Beukes 1995; Katz 1995).

In die navorsingshoofstuk wat hierop volg, sal daar aan bogenoemde kwelaspekte aandag gegee word en sal die inligting wat uit die literatuurstudie, onderhoude en eie ervaring bekom is, gebruik word om 'n kontinue diagnostiese verslagkaart saam te stel, met die oog op 'n langtermynhulpverleningsprogram.

HOOFSTUK 5

NAVORSINGSONTWERP

- 5.1 INLEIDING
- 5.2 DIE DOEL EN NAVORSINGSPROBLEEM VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK
- 5.3 VERKENNINGSMEDIA
 - 5.3.1 KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART : RIGLYNE VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING
 - 5.3.2 SAMEVATTENDE VERSLAGVORM : GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND
 - 5.3.3 BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGSPROGRAM : RIGLYN TOT AKSIE
- 5.4 SELEKTERING VAN PROEFPERSONE
 - 5.4.1 SELEKTERINGSVRAELYS
 - 5.4.2 HERSELEKTERINGSVRAELYS
- 5.5 NAVORSINGSTEGNIEK
 - 5.5.1 SAMESTELLING VAN FOKUSGROEPE
 - 5.5.2 VOORBEREIDING VAN DIE MODERATORSGIDS
- 5.6 DIE MODERATORSGIDS
 - (i) DOEL MET FOKUSGROEPNAVORSING
 - (ii) SUBDOELSTELLING
 - (iii) EKSTERNE STIMULI (VERKENNINGSMEDIA)
 - (iv) OUDIO-VISUELE MEDIA
 - (v) LOKAAL
 - (vi) SELEKTERING VAN DEELNEMERS AAN DIE FOKUSGROEP
 - (vii) LIGTE VERVERSINGS
 - (viii) NAME VAN DEELNEMERS
 - (ix) STIMULUSVRAE
 - (x) MODERATORSVERSLAG
- 5.7 EMPIRIESE ONDERSOEK EN VERWERKING VAN FOKUSGROEP RESULTATE
 - 5.7.1 DOEL VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

5.7.2 BESPREKING

5.7.2.1 FOKUSGROEP : THE HAMLET SCHOOL

- (i) KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYNE VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING
- (a) AKUTE VERSORGINGSFASE
- (b) DIAGNOSTIESE STADIA VAN AANPASSING
- (ii) SAMEVATTENDE VERSLAGVORM : GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND
- (iii) BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGS-PROGRAM : RIGLYN TOT AKSIE

5.7.2.2 BESPREKING VAN DIE FOKUSGROEP-BESPREKING : THE HAMLET SCHOOL

- (i) KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYNE VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING
- (a) AKUTE VERSORGINGSFASE
- (b) DIAGNOSTIESE STADIA VAN AANPASSING
- (ii) SAMEVATTENDE VERSLAGVORM : GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND
- (iii) BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGS-PROGRAM : RIGLYN TOT AKSIE
- (iv) SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKING

5.7.2.3 WOODSIDE SANCTUARY

- (i) KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYNE VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING
- (ii) SAMEVATTENDE VERSLAGVORM : GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND
- (iii) BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGS-PROGRAM : RIGLYN TOT AKSIE

5.7.2.4 BESPREKING VAN DIE FOKUSGROEP-BESPREKING : WOODSIDE SANCTUARY

- (i) KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYNE
VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING
- (a) AKUTE VERSORGINGSFASE
- (b) DIAGNOSTIESE STADIA VAN AANPASSING
- (ii) SAMEVATTENDE VERSLAGVORM : GESIN MET 'N
BREINBESEERDE KIND
- (iii) BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGSPROGRAM :
RIGLYN TOT AKSIE
- (iv) SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKING

5.8 SAMEVATTING

HOOFSTUK 5

NAVORSINGONTWERP

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal 'n instrument daargestel word, gegrond op die voorafgaande literatuurstudie, vir die ontwerp van 'n hulpverleningsprogram vir gebruik deur die Opvoedkundige Sielkundige. Daar sal verder riglyne vir kwalitatiewe evaluering, en van aksie neergelê word, waarvolgens die instrument deur fokusgroepe geëvalueer en gemodifiseer sal word.

5.2 DIE DOEL EN NAVORSINGSPROBLEEM VAN DIE EMPIRISE ONDERSOEK

Die doel van hierdie hoofstuk is om riglyne vir diagnose en hulpverlening daar te stel aan die hand waarvan 'n langtermynhulpprogram deur 'n Opvoedkundige Sielkundige vir 'n klient/e geformuleer kan word.

Dié riglyne behoort 'n Opvoedkundige Sielkundige in staat te stel om die gesinslede van 'n breinbeseerde kind doelgerig by te staan.

Die hulpverleningsprogram het as doel die hantering van stres, deur die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het. Met die daarstel van 'n instrument sal die behoefte aan 'n kontinue hulpverleningsprogram en die inhoud van so 'n program, by gesinslede aangespreek word. Aan die hand van die riglyne sal die Opvoedkundige Sielkundige 'n gesin kan voorberei op die stres wat hulle ten opsigte van die breinbeseerde kind te wagte kan wees.

5.3 VERKENNINGSMEDIA

Die verkenningsmedia bestaan uit:

- Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening
- Samevattende Verslagvorm - Gesin met 'n breinbeseerde kind
- Beplanning vir 'n langtermynhulpverleningsprogram - Riglyn tot Aksie

Vervolgens 'n omskrywing van die aard, ontstaan, doel en verduideliking van elk van die verkenningsmedia:

5.3.1 Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening

Die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart bestaan uit twee gedeeltes. Gedeelte een maak voorsiening vir hulpverlening en inligting deur professionele persone aan gesinslede gebied tydens die akute versorgingsfase van die kind. Die tweede gedeelte handel oor die diagnostiese stadia van aanpassing van die gesin of lid van die gesin na 'n kind se breinbesering.

Die eerste gedeelte van die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart se ontstaan spruit uit die hulpverleningsbehoefte van gesinslede, nadat 'n kind 'n breinbesering opgedoen het (geïdentifiseer in 4.2 en 4.3). Die tweede gedeelte se oorsprong is gegrond op die stadia in die ewolusie van gesinsreaksies nadat 'n kind 'n breinbesering opgedoen het, soos deur Lezak 1986:244 geïdentifiseer en verder in 4.4 bespreek is.

Die doel met die Diagnostiese Verslagkaart is om die hulpverleningsbehoefte van elke gesin/gesinslid te bepaal.

Met gedeelte een van die verslagkaart wat saamgestel is (na aanleiding van gesinslede se behoeftes soos uit die literatuur gedefinieer) is dit nou moontlik om te bepaal wat die aard van hulpverlening deur professionele persone was. So kan daar vasgestel word wat die aard van hulpverlening en inligting, indien enige, was deur:

- Medici in terme van
 - die diagnose van breinbesering
 - die prognose van die breinbesering
 - 'n bespreking van realistiese verwagtinge ten opsigte van die breinbeseerde
 - die definiëring van die behandeling
 - die verduideliking van breinbesering in eenvoudige terme
 - verwysingshulp

- Verpleeg- en ander mediese hulppersoneel:
 - gee van 'n gevoel van hoop
 - dat daar omgee word vir die pasiënt
 - dat naasbestaendes voortdurend op die hoogte gehou word van die pasiënt en sy vordering
 - dat die gesinslede emosioneel ondersteun word

- Sielkundige/Maatskaplike werker/s gedurende die berading in terme van:
 - verduideliking van die diagnose in verstaanbare taal
 - verduideliking van die behandeling
 - verduideliking van die prognose in verstaanbare taal
 - realistiese verwagtinge van 'n breinbeseerde kind
 - verskaffing van inligting oor breinbesering en die breinbeseerde oor die algemeen en spesifiek (indien moontlik)
 - die bied van emosionele, sosiale en persoonlike ondersteuning
 - bied van finansiële voorligting en beplanning
 - verskaffing van name en adresse van steungroepe
 - reël van 'n opvolg afspraak
 - verwysingsadvies indien verdere verwysings na ander hulpverleners nodig is
 - hulp met die besluitneming ten opsigte van selfversorging of die opneem van die breinbeseerde in 'n inrigting

- inligting oor organisasies wat inligting en hulpverlening rakende breinbesering verskaf en/of bied
 - voogdyskap
 - rehabilitasie wat vir breinbeseerdes beskikbaar is en die eise wat dit aan die gesin stel
 - hulp met die uitplasing van 'n breinbeseerde (byvoorbeeld na 'n inrigting)
 - hulpprogramme wat die breinbeseerde kan help
 - hulp ten opsigte van interpersoonlike verhoudinge in die gesin, nou en in die toekoms
- Hulpverlening gebied deur 'n Sielkundige ten opsigte van sosiale netwerk ingryping in terme van
- 'n gevoel van isolasie wat deur die gesin ervaar word
 - afhanklikheid wat deur die gesin ervaar word
 - gebrek aan opsies wat die gesin het
 - gebrek aan die antisipering van probleme deur die gesin
 - gebrek aan ingryping deur die uitgebreide gesin, ondersteuningsgroepe en belangstellendes
 - die begeleidingsnood wat die gesin/gesinslede mag ervaar
 - die skok, angs en gevoel van onwerklikheid wat die gesin/gesinslede mag ervaar

Met gedeelte twee van die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart is dit moontlik om die diagnostiese stadium van aanpassing vir 'n gesinslid te bepaal. Aandag moet daarop gevestig word dat gesinslede die breinbeseerde elk verskillend kan beleef en dat die stadium van die aanpassing van 'n individu nie noodwendig dié van die res van die gesin is nie.

Deur die toepassing van die tweede gedeelte van die Diagnostiese Verslagkaart kan bepaal word in terme waarvan 'n gesinslid probleme ervaar en ook in terme van begeleiding ten opsigte van die stadia en aspekte wat nog beleef mag word.

Hier volg 'n kort verduideliking van die ses stadia van aanpassing wat in 4.4 en die stadia van gesinsaanpassing in 3.3 bespreek is, en die verwagtinge en reaksies wat met elke stadium verband hou:

- **Stadium I - Blydskap en vreugde**

- Blydskap met die terugkeer huis toe
- Gebrek aan rasonale denke weens die ontsteltenis van die gesinslid
- Emosie van afgestomptheid
- Verligting
- Onrealistiese verwagtinge van die gesin teenoor die breinbeseerde
- Onwilligheid om die breinbeseerde akkuraat waar te neem.

- **Stadium II - Angstigheid en onsekerheid**

- "Shopping Behaviour"
- Ontkenning dat die kind se probleme dalk permanent mag wees
- Ongeloof en verwarring
- Onfunksionele gedrag
- Selfontsegging
- Frustrasie ten opsigte van emosioneel steurende en ontwrigtende gedrag by die kind
- Onrealistiese verwagtinge van die breinbeseerde
- Onvermoë om die kind se probleemgedrag raak te sien

- **Stadium III - Ontmoediging en skuldgevoelens**

- Woede teenoor die self
- Woede teenoor God

- Woede teenoor ander
- Gebrek aan langtermynbeplanning
- Verdriet
- Skaamte en verleentheid
- Skuldgevoelens
- Skok en bitterheid
- Breek van bande met die verlede (emosionele en gevestigde)
- Lydingsfiguur
- Onvermoë om eie verwarring en wrywing te hanteer
(interpersoonlik in die gesin)

- **Stadium IV - Depressie**
 - Realistiese toekomsverwagting
 - Verslaentheid
 - Onttrekking
 - Depressie
 - Eers gebrek aan en later die ervaring van emosionele vryheid
 - Ervaar van emosionele spanning

- **Stadium V - Rou**
 - Rou openlik sonder skuldgevoelens
 - Kroniese verdriet en pyn
 - Herevalueer die breinbeseerde kind
 - Beplanning en begin met herorganisering

- **Stadium VI - Herorganisering**
 - Aanvaarding
 - Aanpassing

- Ervaar van emosionele vryheid
- Sien weer betekenis in die lewe
- Uitplasing van die breinbeseerde sonder skuldgevoelens
- Strewe na ewilibrum in die gesin
- Opvolg ondersoek (wanneer nodig) en die beskikbaarmaking van versorgingshulp

5.3.2 Samevattende Verslagvorm - Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Vervolgens 'n omskrywing van die aard, ontstaan, doel en verduideliking van die Samevattende Verslagvorm (deur die navorser ontwerp vir inligting inwinning, verslagdoening en hulpverlening aan die gesin van 'n breinbeseerde kind):

Die Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind bestaan uit 'n gedeelte vir rapportering van identifiserende besonderhede van die kliënt, hospitalisasie/historisiteit, die funksioneringsbeeld, die fenomeenbeeld, verifiëring en analise, relasiebeeld, die persoonsbeeld, en algemene observasie van die kliënt. Verder maak dit voorsiening vir die beplanning van 'n hulpverleningsprogram/terapieprogram.

Die doel met die Samevattende Verslagvorm is om inligting te verkry en te konvergeer na aanleiding waarvan 'n hulpverleningsprogram en/of terapieprogram vir 'n gesin/gesinslid uitgewerk kan word.

Die Samevattende Verslagvorm vir 'n gesin met 'n breinbeseerde kind word kortliks verduidelik.

Afdeling A behels die verkryging van identifiserende besonderhede, nie net van die kliënt nie, maar ook in terme van die name, bercepe, telefoonnommers, inkomste, ouderdomme en sosiale verpligtinge van lede van die gesin. Verdere inligting word ook bekom oor huislike en skoolse besonderhede.

Afdeling B behels die historisiteit waar meer inligting bekom word oor die aard van hulpverlening wat verleen is aan die kliënt tydens die akute versorgingsfase van die kind met breinbesering.

Die res van die afdelings C tot G is waar die funksioneringsbeeld, die fenomeenbeeld, 'n verifiëring en analise van inligting, relasiebeeld en persoonsbeeld van die kliënt bepaal word. Afdeling H maak voorsiening vir die algemene observasie deur die Sielkundige terwyl Afdeling I voorsiening maak vir die hulpverleningsprogram wat na aanleiding van die beplanning vir 'n langtermynhulpverleningsprogram - 'n riglyn tot aksie, saamgestel sal word.

5.3.3 Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram - Riglyn tot aksie

Vervolgens 'n kort oorsig oor die beplanning van 'n vorm vir 'n hulpverleningsprogram.

Die beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie dien as beplanningsvorm waarvolgens 'n Opvoedkundige Sielkundige 'n hulpverleningsprogram/ terapieprogram vir sy kliënt kan uitwerk. Die beplanningsvorm maak voorsiening vir die fase/stadium waarvoor die kliënt hulpverlening verlang; die lys van die kliënt se uitvalle en verbandhoudende uitvalle, media, hulpmiddels of apparaat wat gebruik sal word in die bied van hulpverlening, die tegniek waarvan 'n sielkundige gebruik sal maak asook die rasionaal vir hulpverlening.

'n Prioriteitsvolgorde ten opsigte van hulpverlening vanaf die hoogste na die laagste prioriteit sal bepaal word en laastens die dissipline (of wie) wat hulpverlening aan die kliënt moet verskaf.

Die bedoeling met die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart is dat dit 'n Opvoedkundige Sielkundige voorsien van riglyne aan die hand waarvan hulpverlening aangepak kan word volgens die behoefte van sy kliënt/e.

By voltooiing deur middel van die kleurkode, is die probleemareas baie duidelik sigbaar. Hulpverlening, hulpverleningsbehoeftes en inligting wat tydens dié akute versorgingsfase ingewin is, word aangedui deur gebruikmaking van kleurcodes (rooi = besliste probleem; oranje = matige probleem; groen = geen probleem). Kennis van sodanige hulpverlening en behoeftes sal die Opvoedkundige Sielkundige in staat stel om gesinslede ten opsigte van geïdentifiseerde leemtes in hulpverlening te ondersteun, hulle vrae te beantwoord, of om 'n verwysing na 'n persoon wat kan help, te maak.

STADIIUM	STADIIUM I	STADIIUM II	STADIIUM III	STADIIUM IV	STADIIUM V	STADIIUM VI
	Blydskap	Gebrek aan Rasionele Denke	Emosie van Afgestomptheid	Verligting	Onrealistiese Verwagtinge	Onwillingheid om breinbeseerde aksies te neem
	"Shopping Behaviour"	Ontkenning	Ongeloof	Disfunksionele Gedrag	Selfontsegging	Frustrasie
	Onrealistiese Verwagtinge	Onvermoë om Kind se Probleemgedrag raak te sien	Woede - Self	Woede - God	Woede - Ander	Gebrek aan Langtermynbeplanning
	Verdriet	Skaamte en Verloetheid	Skuldgevoelens	Skok en Bitterheid	Kwynende Hoop op Herstel	Oorkompensasie
	Teenstrydige Gevoelens	Onvermoë om besoekers te hanteer	Probleme met Interpersoonlike Verhoudings	Onvermoë om probleme te hanteer	Onvermoë tot toemaking van verwagtinge van verlede	Breek van bande met verlede
	Lydingsfiguur	Onvermoë om eie Verwagting en Wierwing te hanteer	Gebrek aan Realistiese Toekomstverwagtinge	Verlaetheid	Onttrekking	Depressie
	Onvermoë om Emosionele Vryheid te ervaar	Ervaar Emosionele Spanning	Rou openlik sonder skuldgevoelens	Ervaring van Kroniese verdriet en pyn	Herevaluer Breinbeseerde Kind	Nuwe Realiteite (nie lewende en breinbeseerde kind)
	Herorganisasie (Beplan en begin)	Aanvaarding	Aanpassing en Verstaan	Terugplasing in die gemeenskap	Ervaar Emosionele Vryheid	Sien weer Betekenis in die lewe
	Uitplasing/Dagsorg – sonder skuldgevoelens	Streef na ewilibrum in die gesin	Opvolgondersoeke (net wanneer nodig)	Eie Sosiale Ondersteuningsgroepnetwerk	Langtermynaanvaarding	

VIR INDIVIDUELE GESINSLEDE:		AKUTE VERSORGINGSFASE	
NAAM:		HULPVERLENING EN INLIGTING VERSTREK GEDURENDE KIND SE HOSPITALISASIE/DIAGNOSE/EVALUERING:	
BEROEP/GDST:		MEDICI:	
GEBORTEDATUM:		MEDIESEHULP	
OUDERDOM:		PERSOON:	
PROBLEEMANALISE		SELKUNDIGE / MAATSKAPLIKE WERKER	
IN KLEURKODE:		(BERADINGSKONSULTASIE):	
* GROEN = Geen Probleem + ORANJE = Matige Probleem ~ ROOI = Beslste Probleem		SOIALE NETWERKIN-GRYPING (SELKUNDIGE):	
DATUM VAN KONSULTASIE:		DIAGNOSE	
1		PROGNOSE	
2		REALISTIESE VERWAGTINGE	
3		GEDEFINIEERDE BEHANDELING	
4		VERDUIDELIKING VAN BREINBESERING IN EENVOUDIGE TERME	
5		VERWYSINGSHULP	
6		GEE VAN HOOP	
7		WYS DAT HULLE OMGEE	
8		OP HOOGTE HOU VAN NAASBESTAANDES	
9		EMOSIONELE ONDERSTEUNING	
10		VERDUIDELIKING VAN DIAGNOSE	
11		VERDUIDELIKING VAN BEHANDELING	
12		VERDUIDELIKING VAN PROGNOSE	
13		REALISTIESE VERWAGTINGE	
14		INLIGTING OOR BREINBESERING EN BREINBESEERDE	
15		EMOSIONELE, SOSIALE EN PERSOONLIKE ONDERSTEUNING	
16		FINANSIËLE VOORLIGTING EN BEPLANNING	
17		VERSKAFFING VAN NAME EN ADRESSE VAN KONTAKPERSONE	
18		REËL VAN OPVOLGAFSPRAKE	
19		VERWYSINGSADVIES (INSTANSIES, ENS)	
20		HULP MET BESLUITNEMING	
21		HULPVERLENING AAN INRIGTINGS EN ORGANISASIES	
22		VOOGDYSKAP	
23		REHABILITASIE EN EISE AAN GESINSLEDE GESTEL	
24		UITPLASING	
25		HULPPROGRAMME	
		INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGE IN DIE GESIN	
		ISOLASIE	
		AFHANKLIKHEID	
		GEBREK AAN KEUSES	
		GEBREK AAN ANTISIPERING VAN PROBLEME	
		GEBREK AAN INLIGTING (VERAL VAN FAMILIELEDE)	
		BEGELEIDINGSNOOD (OOK AAN UITGEBREIDE GESIN)	
		ANGS, SKOK EN 'N GEVOEL VAN ONWERKLIKHEID	

Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Ondersoekdatum: _____

A. Identifiserende besonderhede

VAN: _____

Name van gesinslede:

Verwantskap	Naam	Kwalifikasie	Beroep	Telefoon (H) (W)	Jaarlikse Inkomste	Ouderdom	Sosiale Verpligtinge
Vader							
Moeder							

Eie woonhuis: Ja ☐ Nee ☐ Grootte van woonhuis: _____ m²

Ander (Spesifiseer): _____

Huistaal :	Geboortedatum:
Naam van breinbeseerde:	Kronologiese ouderdom:
	Ouderdom by breinbesering:
Eie of aangenome kind:	Tydperk op kleuterskool:
Ouderdom met skooltoelating:	Gesondheid:
Aantal skole besoek:	Skoolbesoek:
Waar op skool ten tye van breinbesering:	Graad/Std ten tye van breinbesering:
Akademiese prestasies sedert skooltoetrede:	
Buitemuurse bedrywighede:	
Vorige IK bepalings (indien beskikbaar):	Aantal kere gedruip:
Pedagogiese situasie tuis:	

B. **Hospitalisasie - historisiteit** (onderstreep en lewer kommentaar, met die klem op oop antwoorde waar nodig). (Voltooi B-H vir elke gesinslid.)

1. Hulpverlening en inligting verskaf deur medikus: (Spesifiseer deur wie en lewer kommentaar).

Diagnose/ Prognose/ Realistiese verwagtinge/ Behandeling/
Verduideliking van breinbesering in eenvoudige terme/ Verwysing

2. Hulpverlening en inligting verskaf deur mediese hulppersoneel.
Gee van hoop/ Wys dat hulle omgee/ Op hoogte hou van naas-
bestaandes/ Emosionele ondersteuning.

3. Hulpverlening en inligting gebied deur beradingskonsultant:
Verduideliking van diagnose/ Verduidelik behandeling/ Verduidelik
prognose/ Realistiese verwagtinge/ Inligting oor breinbesering en
breinbeseerde/ Emosionele, sosiale, persoonlike ondersteuning/
Finansiële voorligting en beplanning/ Verskaffing van name en adresse
van kontakpersone/ Hou naasbestaandes op hoogte van breinbeseerde
se toestand/ Reël van opvolgafsprake/ Gesin se nakom van opvolg-
afsprake/ Verwysingsadvies/ Hulp met besluitneming/ Inligting oor
inrigtings en/of organisasies/ Voogskap/ Rehabilitasie en die eise aan die
gesin/ Plasing/ Hulpprogramme/ Interpersoonlike verhoudinge.

C. **Funksioneringsbeeld**

D. Fenomeenbeeld

E. Verifiëring en analise

F. Relasie ten opsigte van: (doen waar moontlik een vir elke gesinslid en voeg addisionele bladsye van verslaglewering by.)

i) Relasie met ouers

ii) Relasie met broers/susters en uitgebreide gesin

iii) Relasie met onderwysers

iv) Relasie met maats

v) Relasie met objekte en idees

vi) Relasie met die self

vii) Relasie met jou kinders (Net vir Ouers)

G. Persoonsbeeld

H. Algemene observasie deur Sielkundige

I. Hulpverleningsprogram/Terapieprogram
*(Sien aangehegte Beplanning vir 'n Langtermynhulpverleningsprogram:
Riglyn tot Aksie-vorm

5.4 SELEKTERING VAN PROEFPERSONE

Om die universum (van gesinslede met 'n breinbeseerde kind) te verkry is die "South African Federation for Mental Health" in Johannesburg om hulp genader. Die doel was om eerstens al die skole vir verstandelik erg gestremdes en tweedens die instellings vir spesiale sorg vir kinders in Gauteng te identifiseer (Moutinho 1996). Die geïdentifiseerde skole sowel as inrigtings kon privaat, staats- of gedeeltelik staatsondersteund wees. Vir hierdie studie het die skole en die inrigtings elk 'n bondel verteenwoordig. Uit elk van die bondels is een skool en een inrigting op 'n ewekansige wyse geselekteer deur van die tabelle van ewekansige getalle gebruik te maak nadat die beskikbare universum van nommers voorsien is (Huysamen 1980:306; Mulder 1981: 229-235; Schumann, Bouwer & Schoeman 1975:14).

As skool is die Hamlet School en as inrigting die Woodside Sanctuary geselekteer. Beide die skool en die inrigting is gevra om elk 'n registerlys aan die navorser te voorsien. Uit die registerlys van elk is gesinne op 'n ewekansige wyse geselekteer deur van die 10080 ewekansige syfertabelle gebruik te maak nadat elk se universum weer van nommers voorsien is.

Daar is altesaam twaalf gesinslede vir elke fokusgroep saamgestel, vir elk van die universums, op 'n ewekansige wyse, deur van die formule $\frac{M}{3} = Y$ gebruik te maak, waar M die totale gesinne beskikbaar in die universum vir die bepaalde bondel se steekproef is.

Daar is een gesin geneem uit die gesinne genummer van 1 tot en met gesin Y, op ewekansige wyse, deur van die statistiese tabel "10080 ewekansige syfers" en daarna elke Yde gesin gebruik te maak.

Op elk van die geïdentifiseerde gesinne is 'n selekteringsvraelys telefonies toegepas waarin vasgestel is of die gesin inderdaad kwalifiseer en bereid is om deel te neem aan 'n fokusgroep totdat 6-12 deelnemers geïdentifiseer is. Die volledige steekproef het bestaan uit 6-12 gesinslede om 'n volle fokusgroep te vorm (Greenbaum 1993:1; Mulder 1981:60; Schumann et al. 1975:11).

5.4.1 Selekteringsvraelys

Na afloop van die statistiese steekproeftrekking is 'n selekteringsvraelys gebruik, ten einde deelnemers aan die fokusgroepe te selekteer. Deur van die vraelys gebruik te maak is telefonies seker gemaak dat die gesin/lid van die gesin wel kwalifiseer om deel te neem aan die fokusgroepbespreking, of die gesin/lid van die gesin bereid is om deel te neem en laastens of die gesin/lid van die gesin op 'n bepaalde datum, tyd en plek beskikbaar sou wees om aan die fokusgroepbespreking deel te neem.

Riglyne vir die ontwerp van 'n langtermynhulpverleningsprogram aan die gesin waar 'n kind 'n breinbesering opgedoen het.

Noemnaam: _____

Goeie dag,

My naam is Louis van Wyk en ek is besig met empiriese navorsing wat voortvloei uit my magisterverhandeling. Die doel met hierdie gedeelte van my navorsing is om 'n voorgestelde Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige Hulpverlening en 'n meegaande Samevattende Verslagvorm, waarna 'n hulpprogram vir 'n gesin/lid van 'n gesin deur 'n sielkundige opgestel sal word, te laat evalueer deur die lede van 'n gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom.

My subdoelstelling is om ná die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart sowel as die Samevattende Verslagvorm as hulpmiddel tot die formulering van 'n langtermynhulpverleningsprogram geëvalueer en aangepas (gemodifiseer) is, dit beskikbaar te stel vir gebruik deur Opvoedkundige Sielkundiges.

Ek wil nou graag 'n paar vrae stel om seker te maak dat u kwalifiseer as deelnemer aan die beplande fokusgroep. Voorlopig baie dankie vir u samewerking.

Vraag 1: Sou u uself beskikbaar stel om aan 'n fokusgroep met bogenoemde doelstelling deel te neem? JA ☐ / NEE ☐

Vraag 2: Het 'n kind in u gesin 'n breinbesering opgedoen? (Gedurende 0 - 21 jarige leeftyd?) JA ☐ / NEE ☐

Vraag 3: Is bogenoemde kind 'n eie of aangenome kind?
EIE ☐ / AANGENOME ☐

Vraag 4: Hoe oud is die breinbeseerde kind tans? (In voltooide jare)

Vraag 5: U verwantskap met die breinbeseerde kind:
Vader ☐ / Moeder ☐ / Broer ☐ / Suster ☐

Vraag 6: Dui u ouderdom aan asseblief
6 - 10 ☐ / 11 - 20 ☐ / 21 - 30 ☐ / 31 - 40 ☐
41 - 50 ☐ / 51 - + ☐

Vraag 7: Is u tans/was u 'n inwonende lid van 'n gesin met 'n breinbeseerde kind? JA ☐ / NEE ☐

Vraag 8: Dui asseblief aan watter inrigting/skool die breinbeseerde kind
 tans bywoon?
 Hamlet School / Woodside Sanctuary

Vraag 9: Sou u op Saterdag 1 Junie 1996 vanaf 13h00 tot 15h00
 beskikbaar wees om 'n fokusgroep by Woodside Sanctuary by
 te woon?

5.4.2 Herselekeringsvraelys

Net voor fokusgroepbespreking 'n aanvang geneem het, is 'n herselektering van deelnemers aan die fokusgroepe gedoen. Die doel was om voor die aanvang baie seker te maak dat elke deelnemer kwalifiseer om 'n deelnemer aan die fokusgroep te wees. Die rede hiervoor was dat die stimulusmateriaal wat aan die deelnemers voorgehou sou word, geëvalueer en aangepas (gemodifiseer) sou word deur die lede van die gesin van die breinbeseerde kind.

Riglyne vir die ontwerp van 'n Langtermynhulpverleningsprogram aan die gesin waar 'n kind 'n breinbesering opgedoen het.

Noemnaam: _____

Goeie dag,

My naam is Louis van Wyk. Baie dankie dat u uself beskikbaar gestel het vir deelname aan vandag se fokusgroep. Vir tegniese doeleindes wil ek u net enkele vrae vra.

Ek wil nou graag 'n paar vrae aan u stel om seker te maak dat u as deelnemer aan die beplande fokusgroep kwalifiseer. Voorlopig baie dankie vir u samewerking.

Vraag 1: Het 'n kind in u gesin 'n breinbesering opgedoen?
(Gedurende 0 - 21 jarige leeftyd?)

JA ☐ / NEE ☐

Vraag 2: U verwantskap met die breinbeseerde kind:

Vader ☐ / Moeder ☐

Broer ☐ / Suster ☐

Ander (spesifiseer) _____

Vraag 3: Is u tans/was u 'n inwonende lid van 'n gesin met 'n
breinbeseerde kind?

JA ☐ / NEE ☐

Vraag 4: Dui u ouderdom aan asseblief

6 - 10 ☐ / 11 - 20 ☐

21 - 30 ☐ / 31 - 40 ☐

41 - 50 ☐ / 51 - + ☐

5.5 NAVORSINGSTEGNIEK

Die navorser het besluit om van fokusgroepe as navorsingstegniek gebruik te maak, aangesien fokusgroepe as kwalitatiewe navorsingstegniek uiters geskik is vir die insameling van pertinente en bruikbare inligting gerig op die navorsingsprobleem (Greenbaum 1988:10).

In die fokusgroepe sal die verkenningmedia (dokumente kyk 5.3) bespreek word. In die fokusgroepbesprekings sal gesinslede wat ervaring met breinbeseerde kinders het se menings getoets word om die leemtes en sterkpunte van die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige hulpverlening, die Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n breinbeseerde kind en die Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram: Riglyn tot aksie uit te wys.

Met fokusgroepbesprekings kan die houdings, emosies en gedagtes van individue in die hele fokusgroep bepaal word na aanleiding waarvan modifikasies aan die voorgehoude Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram aangebring kan word gedurende én na afloop van die sessies. Die aangepaste en gemodifiseerde Kontinue Diagnostiese Verslagkaart en Samevattende Verslagvorm is vir die gebruik deur Opvoedkundige Sielkundiges om 'n hulpverleningsprogram vir 'n individu, 'n gesin of 'n groep saam te stel.

In die fokusgroep gaan dit om die bepaling van menings en gesindhede met betrekking tot die verkenningmedia en om die saamstel van 'n finale produk wat die moontlikheid inhou om besluite te kan neem op grond van die evaluering van resultate of bevinding deur 'n Opvoedkundige Sielkundige.

5.5.1 Samestelling van fokusgroepe

Aandag sal gegee word aan die getal fokusgroepe wat gebruik sal word, die grootte van die fokusgroepe, die rol wat die moderator sal vervul en die moderatorsgids.

In die samestelling van die fokusgroepe navorsing is besluit om:

- van twee fokusgroepe gebruik te maak met besprekingsessies van 90-120 minute (Greenbaum 1993: 1) omdat versadigingspunt gewoonlik teen die tweede fokusgroepbespreking bereik word.
- dat die navorser die rol van moderator sal vervul, wat die volgende verantwoordelikhede behels:
 - o ontwikkeling van navorsersdoelwitte
 - o bepaling van deelnemerskriteria
 - o logistiek
 - o bespreking van 'n lokaal of fasiliteit
 - o ontwikkeling van 'n moderatorsgids
 - o ontwikkeling van eksterne stimuli (verkenningsmedia)
 - o koördinerings van die fasiliteit
 - o selektering en herselektering van deelnemers
 - o beheer oor groepsbesprekings
 - o handhaaf van tydskedules
 - o bandopname
 - o verversings;
- dat die groep deelnemers bestaan uit ses tot twaalf persone, saamgestel op 'n statisties ewekansige wyse (Schurink 1995:6).
- dat 'n kind in die deelnemer/s se gesin/ne 'n breinbesering opgedoen het en dat so 'n kind tans 'n skool vir verstandelik erg gestremdes bywoon of in 'n inrigting is wat in spesiale sorg vir verstandelike gestremdes spesialiseer.

Die een fokusgroep het aan huis van een van die deelnemers vergader en die ander by die inrigting in 'n vertrek wat deur die inrigting aan die navorser beskikbaar gestel is.

Die rede hiervoor was koste georiënteerd en ook omdat deelnemers geweet het hoe om die inrigting/huis sonder moeite te vind. Een van die fokusgroepe het in die aand en die ander in die middag vergader, omdat dit vir die deelnemers só meer geleë was. Van elk van die fokusgroepbesprekings is 'n bandopname gemaak.

Vorbereiding vir fokusgroepnavorsing is baie belangrik. Dit is uiters noodsaaklik dat moeite gedoen word om geskikte deelnemers vir die fokusgroep te vind. Verder is dit belangrik om 'n effektiewe moderatorsgids te ontwikkel, waarin melding gemaak word van eksterne stimuli en waarin vrae geformuleer word om die maksimum uit fokusgroepbesprekings te kry (Greenbaum, 1993:15).

5.5.2 Vorbereiding van die moderatorsgids

Die moderatorgids is 'n gids wat deur die moderator voorberei word en dek aspekte soos die doelstelling, eksterne stimuli, logistiek, selektering en inhoud van die fokusgroepbespreking. Vervolgens 'n bespreking van die moderatorsgids vir die empiriese navorsing van hierdie studie.

Die moderatorsgids word vooraf deur die moderator voorberei en is gerig op die doel en navorsingsprobleem van die empiriese ondersoek (Greenbaum 1993:2). Die moderator beheer die implementering van die navorsingsproses wat die voorbereiding, die implementering en die analise van die verkenningsmedia insluit (Greenbaum 1988:76-79).

Die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en die vorm vir die Beplanning vir hulpverlening sal as eksterne stimulus-media dien en aan deelnemers voorgehou word vir hul reaksie, menings en evaluering.

Die moderator sal hiermee, en ook deur vrae, al die deelnemers aanmoedig om vryelik te gesels, aspekte te bespreek en opinies te formuleer. Sodoende sal die swak- sowel as sterkpunte van die stimulus-media uitgewys word (Greenbaum 1993:10).

Sodra die sterk- en swakpunte bepaal is, sal elemente van die eksterne stimulus-media (verkenningsmedia) gemodifiseer word om die swakpunte te minimaliseer en die sterkpunte te beklemtoon.

Elk van die deelnemers sal dan ook 'n afskrif van al die eksterne stimulus-media, papier en 'n pen ontvang om aantekeninge mee te maak, wysigings aan te bring of om hul menings op skrif te formuleer.

Gedurende die sessie sal modifikasies aan die eksterne stimuli (verkenningsmedia) aangebring word. Die voordeel van fokusgroepsessies is die direkte betrokkenheid van al die deelnemers, deur te hoor en te reageer op die eksterne stimuli (Greenbaum 1993:73).

5.6 DIE MODERATORSGIDS

Vervolgens die samestelling van die moderatorsgids vir hierdie studie.

i) Doel met fokusgroepnavorsing

Om die voorgestelde "Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige Hulpverlening" die "Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n breinbeseerde kind" en "Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram vorm" waar 'n hulpprogram opgestel sal word, te laat evalueer deur die deelnemende lede van die fokusgroep.

ii) Subdoelstelling

Nadat die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, die Samevattende Verslagvorm: Gesin met 'n breinbeseerde kind, en Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram vorm as hulpmiddels vir die formulering van 'n hulpprogram geëvalueer, aangepas en gemodifiseer is, dit beskikbaar te stel vir gebruik deur Opvoedkundige Sielkundiges.

iii) Eksterne Stimuli (Verkenningsmedia)

Die eksterne stimuli sal vir 5-10 minute deur deelnemers bestudeer word waartydens aantekeninge gemaak kan word en na afloop waarvan kommentaar gelewer sal word. Vervolgens die eksterne stimuli —

- (a) Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige Hulpverlening
- (b) Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde Kind
- (c) Beplanning vir 'n Hulpverleningsprogram - Riglyn tot Aksie.

iv) Oudio-visuele Media

Daar was besluit om van 'n bandopnemer gebruik te maak. Bandopnemer met genoeg bandjies vir 'n opname van 90-120 minute vir elk van die fokusgroepe.

v) Lokaal

Die lokaal moet voorsiening maak vir die volgende:

Elf Stoele (een vir elke deelnemer)

'n Groot tafel of tafels wat bymekaar gestoot is met 'n plek vir elk van bogenoemde stoele

'n Lêer met stimulusmateriaal, 'n pen en papier vir elke deelnemer aan die fokusgroepbespreking

- vi) Selektoring van deelnemers aan die fokusgroep
Geselekteerde deelnemers in die groep moet homogeen wees in dié sin dat deelnemers 'n gesinslid moet wees uit 'n gesin waar 'n kind 'n breinbesering opgedoen het. [kyk Selektoring van Proefpersone (5.4); Selekteringsvraelys (5.4.1), en die Herselekteringsvraelys (5.4.2)].
- vii) Ligte verversings
Ligte versnaperings sal voor die sessie bedien word. Deur die versnaperings voor die sessie te bedien sal geleentheid gebied word vir finale administrasie en vir lede om mekaar te ontmoet.
- viii) Name van Deelnemers
Eerste name (noemname) sal gebruik word en op plakkers wat teen 'n kledingstuk sal kleef aangebring word vir elk van die deelnemers.
- ix) Stimulusvrae
Stimulusvrae vir die bespreking sal die moderator eerstens algemene aspekte bespreek voordat met die inwin van belangrike inligting begin sal word. Daarna sal insette oor die navorsings-ontwerp verkry word.
- (a) Opwarming
Algemene aspekte oor die onderwerp word hier bespreek:
- Maak seker dat daar nie probleme met bandmasjien is nie.
 - Die moderator verduidelik die doel van die sessie;
 - Lede stel hulle aan mekaar voor, vertel ietsie oor hul kinders en die hulp wat aan hulle verleen word/is;

b) Inhoudsgedeelte

Hierdie bespreking is gerig op die inwin van belangrike inligting oor die onderwerp.

- Hier word gevra of daar kontinue langtermynhulpverlening bestaan waar hulp aan die gesin/gesinslede van 'n breinbeseerde kind verleen word;
- Daar word gekyk na die voor- of nadele van bogenoemde hulpverlening;
- Daar word gevra of daar 'n behoefte aan kontinue, doelgerigte langtermynhulpverlening is, aan die hand waarvan doelgerigte hulp aan die gesinslid/lede van die breinbeseerde verleen word?

(c) Sleutelinhoudsgedeelte

Hier word van al die deelnemers insette oor die navorsingsontwerp verkry.

- Deelnemers word gevra om vir 5-10 minute die stimulusmateriaal in hul lêers te bestudeer en aantekeninge te maak in terme van reaksies, menings en kommentaar.
- Deelnemers word gevra om die sterk- en swakpunte van die stimulusmateriaal te identifiseer en hulle antwoorde te motiveer, deur onder andere voorstelle te maak oor hoe swakpunte geminimaliseer en sterkpunte gemaksimaliseer kan word.
- Deelnemers word gevra om die eksterne stimuli te verbeter deur aanpassings en modifikasies aan te bring (modifikasies moet gemotiveer word).

(d) Opsomming

Deelnemers word die geleentheid gebied om inligting te deel oor onderwerpe wat miskien vergeet of weggelaat is.

Hulle word versoek om "die navorser van raad te bedien".oor die onderwerp. Oorhoofse observasies oor enige veranderinge wat nog aangebring kan word kan met die moderator gedeel word.

x) Moderatorsverslag

Dit is 'n skriftelike verslag waar die verloop en resultate van die fokusgroepe bespreek word (kyk 5.7 en hoofstuk 6.)

5.7 EMPIRIESE ONDERSOEK EN VERWERKING VAN FOKUSGROEP RESULTATE

Gedurende die empiriese ondersoek word die bespreking tydens die ondersoek beskryf aan die hand van die moderatorsgids en die stimulusmateriaal. In die bespreking van die empiriese navorsing met betrekking tot die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, die Samevattende Verslagvorm, en die Beplanning vir 'n langtermynhulpverleningsprogram, die moderatorsgids en die fokusgroepe word verslag gelewer van hoe met die toetsresultate omgegaan is. Kwalitatiewe navorsing wat in hierdie studie verkry word, is gerig op die praktiese toepassing van riglyne vir hulpverlening soos uit die literatuur bepaal.

Elke hoofgedagte en elke item in bogenoemde drie verslae word in elk van die fokusgroepe bespreek. Tydens die ondersoek word sterk- en swakpunte uitgewys, op leemtes gelet en wysigings en modifikasies aangebring.

Aan die eindê van die empiriese ondersoek sal die gewysigde items op die verkenningsmedia aangedui word, terwyl die aanpassings, wysigings en modifikasies in Bylaag D saamgevat word. Aandag word vervolgens gegee aan die doel van die empiriese ondersoek.

5.7.1 Doel van die empiriese ondersoek

Die doel met hierdie empiriese ondersoek is om die verkenningsmedia wat na aanleiding van die literatuurstudie deur die skrywer saamgestel is (kyk 5.3) deur fokusgroepe te laat bespreek en evalueer, asook menings en gevoelens daaroor in te win. Daarna word wysigings en modifikasies daarop aangebring.

'n Verdere doelstelling is om na afloop van die empiriese ondersoek 'n instrument daar te stel wat vir Opvoedkundige Sielkundiges kan dien as riglyn aan die hand waarvan hulpverlening — gerig op die hantering van stres by die gesinslede met 'n breinbeseerde kind — beplan kan word.

5.7.2 Bespreking

Die bespreking van die navorsingsresultate geskied onder die sub-opskrifte Kontinue Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n langtermynhulpverleningsprogram.

Eerstens word gelet op die gegewens soos verkry uit die fokusgroep saamgestel uit gesinslede van leerlinge in die Hamlet School, en daarna word aandag gegee aan ooreenkomstige inligting verkry van gesinslede van Woodside Sanctuary.

5.7.2.1

Fokusgroep : Die Hamlet School

(i) Kontinue Diagnostiese Verslagkaart

In die Kontinue Verslagkaart word aandag gegee aan twee fasette, naamlik die akute versorgingsfase en die diagnostiese stadia van aanpassing.

(a) Akute versorgingsfase

Hier is 'n volledige uiteensetting gegee van elke opskrif en sub-opskrif. Daar is eerstens aandag gegee aan die identifiserende besonderhede van die verslagkaart, die akute versorgingsfase en wat daarmee bedoel word, wanneer dit begin en wanneer dit eindig. Daarna is daar aandag gegee aan die hulpverlening en inligting wat gebied word gedurende die kind se hospitalisasie. Voor daar met ander opskrifte gewerk is, is aandag gegee aan die kleurkodering by die probleemanalise. Verder is aandag gegee aan hulpverlening wat die medici, mediese hulppersoneel, beradingskonsultante en sosiale netwerkingryping gebied word. Hierna is elk van die volgende sub-opskrifte verduidelik en bespreek naamlik:

- onder medici:
 - diagnose
 - prognose
 - realistiese verwagtinge
 - gedefinieerde behandeling
 - verduideliking van breinbesering in eenvoudige terme
 - verwysingshulp
- onder mediese hulppersoon:
 - gee van hoop
 - wys dat hulle omgee
 - op hoogte hou van naasbestaendes
 - emosionele ondersteuning
- onder Sielkundige/Maatskaplike werker (Beradingskonsultasie):
 - verduideliking van diagnose
 - verduideliking van behandeling
 - verduideliking van prognose
 - realistiese verwagtinge
 - inligting oor breinbesering en breinbeseerde

- emosionele, sosiale en persoonlike ondersteuning
 - finansiële voorligting en beplanning
 - verskaffing van name en adresse van kontakpersone
 - reël van opvolgafsprake
 - verwysingsadvies (instansies, ens)
 - hulp met besluitneming
 - hulpverlening aan inrigtings en organisasies
 - voogdyskap
 - rehabilitasie en eise aan gesinslede gestel
 - uitplasing
 - hulpprogramme
 - interpersoonlike verhoudinge in die gesin
- onder Sosiale Netwerk ingryping (Sielkundige)
 - isolasie
 - afhanklikheid
 - gebrek aan keuses
 - gebrek aan antisipering van probleme
 - gebrek aan inligting
 - begeleidingsnood
 - angs, skok en 'n gevoel van onwerklikheid

(b) Diagnostiese stadia van aanpassing

Hier is 'n volledige uiteensetting, verduideliking oor elke hoofopskrif en sub-opskrif gegee waarna dit bespreek is naamlik, tydens:

- Stadium I - Blydschap en Vreugde
 - blydschap
 - gebrek aan rasonale denke
 - emosie van afgestomptheid
 - verligting
 - onrealistiese verwagtinge

- onwilligheid om breinbeseerde akkuraat waar te neem

- Stadium II - Angstigheid en onsekerheid
 - "shopping behaviour"
 - Ontkenning
 - ongeloof
 - disfunksionele gedrag
 - selfontsegging
 - frustrasie
 - onrealistiese verwagtinge
 - onvermoë om kind se probleemgedrag raak te sien

- Stadium III - Ontmoediging en skuldgevoelens
 - woede - self
 - woede - God
 - woede - ander
 - gebrek aan langtermynbeplanning
 - verdriet
 - skaamte en verleentheid
 - skuldgevoelens
 - skok en bitterheid
 - kwynende hoop op herstel
 - oorkompensasie
 - teenstydige gevoelens
 - probleme met interpersoonlike verhoudings
 - onvermoë om probleme te hanteer
 - losmaking van verwagtinge van verlede
 - breek van bande met verlede
 - lydingsfiguur
 - onvermoë om eie verwarring en wrywing te hanteer

- Stadium IV - Depressie
 - realistiese toekomsverwagtinge
 - verslaentheid
 - onttrekking
 - depressie
 - ervaar van geen emosionele vryheid
 - ervaar emosionele spanning

- Stadium V - Rou
 - rou openlik sonder skuldgevoelens
 - kroniese verdriet en pyn
 - her-evalueer breinbeseerde kind
 - nuwe realiteite (eie lewe en breinbeseerde kind)
 - herorganisasie (beplan en begin)

- Stadium VI - Herorganisering
 - aanvaarding
 - aanpassing en verstaan
 - Ervaar emosionele vryheid
 - sien weer betekenis in die lewe
 - uitplasing/dagsorg - sonder skuldgevoelens
 - streef na ekwilibrium in die gesin
 - opvolg ondersoeke (net wanneer nodig)
 - eie sosiale ondersteuningsgroep netwerk
 - langtermynaanvaarding

(ii) Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde Kind

Hier is 'n volledige uiteensetting van elke hoofopskrif en sub-opskrif gegee:

Afdeling A : identifiserende besonderhede. Eerstens is daar gekyk na die name van gesinslede met die beskrywing van elk se verwantskap, naam, beroep, telefoniese besonderhede, jaarlikse inkomste, ouderdom en sosiale verpligtinge.

Daarna is gekyk of die gesin 'n eie woonhuis het of nie en die grootte daarvan in vierkante meter. Daar is ook na die volgende gekyk:

- Huistaal
- Naam van die breinbeseerde
- Eie of aangenome kind
- Ouderdom met skooltoelating
- Aantal skole besoek
- Waar op skool ten tye van die breinbesering
- Akademiese prestasie sedert skooltoetrede
- Buitemuurse bedrywigheide
- Vorige IK bepalings (indien beskikbaar)
- Pedagogiese situasies
- Geboortedatum
- Kronologiese ouderdom
- Tydperk op kleuterskool
- Gesondheid
- Skoolbesoek
- Graad/Standaard ten tye van breinbesering
- Aantal kere gedruip.

Afdeling B behels hospitalisasie-historisiteit waar die volgende sielkundige aspekte onder afdelings 1-3 onderstreep en op kommentaar gelewer word.

- Onder 1 word gekyk of hulpverlening en inligting verskaf is deur 'n medikus ten opsigte van diagnose, prognose, realistiese verwagtinge, behandeling, verduideliking van breinbesering en verwysing ens.
- Tweedens word daar gekyk na hulpverlening en inligting wat verskaf is deur mediese hulppersoneel deur die gee van hoop; wys dat hulle omgee; op hoogte hou van naasbestaendes; emosionele ondersteuning.
- Onder 3 word gelet op hulpverlening en inligting gebied deur 'n beradingskonsultant in terme van verduideliking van diagnose; verduideliking van behandeling; verduidelik van die prognose; realistiese verwagtinge; inligting oor breinbesering en die breinbeseerde; emosionele, sosiale, persoonlike ondersteuning; finansiële voorligting en beplanning; verskaffing van name en adresse van kontakpersone; hou naasbestaendes op hoogte van breinbeseerde se toestand; reël van opvolgafsprake; gesin se nakom van opvolgafsprake; verwysingsadvies; hulp met besluitneming; inligting oor inrigtings en/of organisasie; voogdyskap; rehabilitasie en die eise aan die gesin; plasing; hulpprogramme en interpersoonlike verhoudinge.
- In Afdelings C tot E is aandag gegee aan die funksioneringsbeeld, die fenomeenbeeld en die verifiëring en analise.
- In Afdeling F is gelet op relasies ten opsigte van:
 - relasie met ouers
 - relasie met broers/susters en uitgebreide gesin
 - relasie met onderwysers
 - relasie met maats
 - relasie met objekte en idees

- relasie met die self
- relasie met kinders (net deur ouers gedoen)
- In die verdere afdelings (G tot I) is aandag gegee aan die persoonsbeeld, die algemene observasie deur die sielkundige en laastens die hulpverleningsprogram/terapieprogram wat na aanleiding van die beplanning vir 'n langtermynhulpverleningsprogram voltooi sal word.

(iii) **Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram - Riglyn tot aksie**

Hier is ook 'n volledige uiteensetting en verduideliking van elke hoofopskrif en sub-opskrif gegee. Die beplanning van die hulpverleningsprogram sal in terme van die volgende gedoen word:

- Fase/Stadium
- Lys van uitvalle
- Verbandhoudende uitvalle
- Media : Hulpmiddels en apparaat
- Tegniek
- Rasionaal
- Prioriteitsvolgorde
- Dissipline

5.7.2.2 Bespreking van die fokusgroepbespreking : Die Hamlet School

- (i) Kontinue Diagnostiese Verslagkaart
- (a) Akute Versorgingsfase

Deelnemers het gevoel dat sover hulle weet kontinue (aaneenlopende) hulpverlening aan gesinslede nie bestaan nie en dat daar 'n geweldige behoefte daaraan is. Sodanige hulp moet ook deur skole beskikbaar gestel word waar "nuwe ouers" as't ware "gedwing" moet word om sodanige hulp te ontvang om hulle te help om deur die stadia te beweeg.

Die algemene gevoel was dat die gesin die akute versorgingsfase so gou moontlik moet deurloop. Sosiale netwerkingryping gedurende die hulpverlening is as 'n groot pluspunt geëvalueer

Onderafdelings ten opsigte van hulpverlening in die akute versorgingsfase

Die verduideliking van breinbesering in eenvoudige taal (diagnose en behandeling) is as baie noodsaaklik en as 'n groot voordeel vir aandaggewing vir hulpverlening gesien. Geen verder kommentaar of wysigings is gelewer of gemaak oor hulpverlening en inligting gebied deur medici, mediese hulppersoneel en sielkundige/maatskaplike werkers (beradingskonsultante) nie.

Daar is gevoel dat gedurende die sosiale netwerk ingrypingsfase daar 'n gebrek aan ingryping is, veral deur familielede en vriende - iets wat beslis aandag verdien en gesien is as 'n verdere pluspunt. Daar was dus geen leemte uitgewys of verandering voorgestel vir die akute versorgingsfase nie en is in sy geheel onderskryf.

(b) Diagnostiese stadia van aanpassing

Daar is algemeen gevoel dat die diagnostiese hoofstadia van aanpassing, naamlik blydschap en vreugde; angstigheid en onsekerheid; ontmoediging en skuldgevoelens; depressie; rou en herorganisering baie volledig hanteer is

Onderafdelings ten opsigte van elk van die diagnostiese stadia van aanpassing

*Daar is weer eens gevoel dat hierdie aspekte baie volledig gedek is maar dat daar enkele weglatings is. Onder Stadium II - met **Angstigheid en onsekerheid** moet daar voorsiening gemaak word vir 'n totale oorbeskerming nadat die breinbeseerde kind aanvaar is, wat as ongesond beskou word. Onder Stadium III - **Ontmoediging en skuldgevoelens** moet voorsiening gemaak word vir waar die breinbeseerde kind verwerp word. Daar is ook gevoel dat 'n kategorie geskep moet word vir 'n gesinslid wat jaloesie kan ontwikkel teenoor ouers en gesinslede met normale kinders, wat selfs ander interpersoonlike verhoudings kan beïnvloed. 'n Verdere aspek hier is hulpverlening met betrekking tot die hantering van besoekers aan die gesin.*

*Stadium IV - **Depressie** word as goed behandel beskou want dit is 'n fase waar ondermeer onttrekking baie ernstig beleef word veral weens die afsydigheid van vriende en familie. Mislukkingsgevoel kan egter as 'n kategorie hier bygevoeg word.*

Daar is ten slotte gevoel dat by elke stadium 'n oop lyntjie op die verslagkaart geskep moet word om indien 'n item ontbreek, waar hy 'n sekere stadium pas, dit dan ingevul kan word.

(ii) Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Daar is gevoel dat die Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n Hulpverleningsprogram volledig gedek en goed behandel is.

(iii) Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie

Daar is weer eens gevoel dat die Beplanning vir 'n Hulpverleningsprogram volledig gedek en goed behandel is.

(iv) Samevatting en gevolgtrekking

Deelnemers was dit algemeen eens dat die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, die Samevattende Verslagvorm en Beplanning van 'n hulpverleningsprogram baie volledig, omvattend en korrek gedefinieerd is, om aan gesinslede met breinbeseerde kinders die nodige hulpverlening (sosiaal en persoonlik) te bied. Skole en ouers kan baie baat by 'n professionele persoon wat hulp op dié grondslag verleen. Daar is verder gevoel dat na aanleiding van hierdie studie effektiewe langtermyn- en korttermynhulpverlening aan gesinslede verleen kan word.

5.7.2.3

FOKUSGROEP - WOODSIDE SANCTUARY

(i) Kontinue Diagnostiese Verslagkaart

In die Kontinue Verslagkaart word aandag gegee aan twee fasette, naamlik die akute versorgingsfase en die diagnostiese stadia van aanpassing. Die bespreking stem ooreen met dié van die Hamlet School soos in 5.7.2.1 bespreek en sal nie hier bloot herhaal word nie (kyk 5.7.2.1).

(ii) Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde Kind
(kyk 5.7.2.1)

(iii) Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram - Riglyn tot aksie
(kyk 5.7.2.1)

5.7.2.4 Bespreking van die fokusgroepbespreking : Woodside
Sanctuary

(i) Kontinue Diagnostiese Verslagkaart

(a) Akute versorgingsfase)

Daar is deur 'n deelnemer gevoel dat daar veral tydens die akute versorgings fase 'n baie groot behoefte aan hulpverlening is en dat die hoofgedagtes in die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart die behoeftes aanspreek. Die subtitel moet egter nie net voorsiening maak vir hulpverlening gedurende die kind se hospitalisasie nie, maar ook in terme van hulp ná diagnose en ná evaluering.

Onderafdelings van die hoofgedagtes (akute versorgingsfase)

Daar is gevoel dat die bewoording in die beradingskonsultasie deur die sielkundige/maatskaplike werker in terme van "hulpverlening van inrigting en organisasie" moet verander na "hulpverlening aan inrigtings en organisasies". Daar is verder geen voorstelle of wysigings aan enige subafdeling: hulpverlening en inligting verskaf deur medici, mediese hulppersoneel of sosiale netwerk ingryping gemaak nie en die Verslagkaart is in sy geheel aanvaar.

(b) Diagnostiese Stadia van Aanpassing

Die diagnostiese hoofstadia van aanpassing, naamlik blydschap en vreugde; angstigheid en onsekerheid; ontmoediging en skuldgevoelens; depressie; rou en herorganisering is as akkuraat, baie belangrik en baie effektief geëvalueer. Daar is gevoel dat die wyse waarop elke stadium van aanpassing geïdentifiseer word 'n sterkpunt is en dat, sou daar 'n probleem wees, die nodige hulp ten opsigte van alle aspekte en emosies verleen word. Daar is geen leemte of wysiging voorgestel nie.

Onderafdelings van elk van die Diagnostiese stadia van Aanpassing

Elk van die onderafdelings is as baie effektief gesien en is beskou as verteenwoordigend van bestaande behoeftes.

Hier is ook geen wysiging voorgestel of leemte uitgewys nie. Die diagnostiese stadia van aanpassing is in sy geheel aanvaar en onderskryf.

(ii) Die Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Daar is gevoel dat die Samevattende Verslagvorm: Gesin met 'n Breinbeseerde kind volledig gedek en sonder leemtes is en as geheel onderskryf word.

(iii) Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie

Daar is ook gevoel dat die Beplanning vir hulpverlening volledig gedek is.

(iv) Samevatting en gevolgtrekking

Daar is gevoel dat die samestelling van die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram as riglyn vir hulpverlening baie goed en baie effektief is. 'n Deelnemer kon homself na die bespreking, beter verstaan en die gedrag van sy eie gesinslede nou beter begryp nadat hy die geleentheid gehad het om deur die verkenningsmedia te werk. Daar is algemeen gevoel dat nadat hierdie studie voltooi is dit aan alle betrokkenes (ouers, skole, inrigtings en hospitale) beskikbaar gestel moet word. Daar is verder gevoel dat daar 'n organisasie, soortgelyk aan die Kankervereniging vir gesinslede van breinbeseerde kinders moet wees en dat dit in die media geadverteer moet word.

Die een deelnemer het die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart as volg beskryf: "'n Baie puik program. Het vandag iets geleer wat jare gelede al moes gewees het."

Daar is laastens gevoel dat met riglyne vir 'n hulpverleningsprogram soos wat aan die deelnemers van die Woodside Sanctuary voorgelê is baie effektief sal wees om gesinslede van breinbeseerde kinders te help met die realiteit van breinbesering en aanpassing ten opsigte daarvan.

5.8 SAMEVATTING

Deur 'n tipiese hulpverleningsprogram vir die lede van die gesin van 'n breinbeseerde kind daar te probeer stel, loop die navorser uiteraard die risiko om as't ware die individualiteit van elk van die gesinslede te skend. Elke gesin en elke gesinslid is uniek en baie faktore kan bydra en bepalend wees in die opstel van 'n langtermynhulpverleningsprogram.

Wat hier voorgestel word, is dus slegs riglyne aan die hand waarvan die Opvoedkundige Sielkundige die hulpverlening kan aanpak volgens die behoeftes van elke gesin of gesinslid. In hoofstuk 6 volg die bevindinge en samevatting van hierdie studie.

HOOFSTUK 6

BEVINDINGE EN SAMEVATTING

6.1 INLEIDING

6.2 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUUR

6.3 BEVINDINGE UIT DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

6.3.1 INLEIDING

6.3.2 BEVINDINGE EN RESULTATE UIT DIE FOKUSGROEPONDERSOEK

6.3.3 GEVOLGTREKKINGS

6.4 GEVOLGTREKKING VAN DIE STUDIE

6.5 IMPLIKASIE VAN DIE STUDIE

6.6 ASPEKTE WAT VERDERE ONDERSOEKE REGVERDIG EN AANBEVELINGS

6.7 LEEMTES IN DIE STUDIE

6.8 TEN SLOTTE

HOOFSTUK 6

BEVINDINGE EN SAMEVATTING

6.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk is finale bevindinge geformuleer vir die ontwerp van 'n langtermynhulpverleningsprogram deur 'n Opvoedkundige Sielkundige vir die gesin of lede van die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het. Riglyne is ontwerp en verfyn aan die hand van kwalitatiewe navorsing. Met hierdie studie is die probleemstelling asook die behoefte aan 'n hulpverleningsprogram vir die gesin en/of lede van die gesin van 'n breinbeseerde kind aangespreek.

Daar word gelet op bevindinge uit die literatuur en uit die empiriese ondersoek, waarna daar aan die hand van die probleemstelling gevolgtrekkings gemaak word. Die implikasie van die studie word daarna bespreek, gevolg deur aspekte van die studie wat verdere ondersoek regverdig. Daar word ook aan die leemtes van die studie aandag gegee, waarna 'n samevatting van die studie volg.

6.2 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUUR

In hoofstuk een is 'n ondersoek geloods wat gehandel het oor hulpverlening aan die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, gerig op die hantering van stres. Daar is bevind dat gesinne nie voldoende voorberei word op die stres wat hulle in die gesinsopset ten opsigte van die breinbeseerde kind te wagte kan wees nie. Dit het ook geblyk dat daar wel 'n behoefte aan langtermynhulpverlening by gesinslede bestaan.

Bogenoemde bevindinge het dan ook aanleiding gegee tot die res van die studie, met die klem op die riglyne vir 'n hulpverleningsprogram gerig op die hantering van stres deur lede van 'n gesin met 'n breinbeseerde kind.

In hoofstuk twee was die doelstelling die bestudering van die breinbeseerde kind, die omvang en oorsake van breinbesering, die prognose ná breinbesering en die tipiese funksionering van die breinbeseerde kind.

Die doelstelling met hoofstuk drie was om te bepaal hoe elke lid van die gesin die breinbeseerde moontlik beleef, aan hom betekenis gee en die stres wat daarmee gepaard gaan.

In hoofstuk vier was die doelstelling om inligting te bekom oor bestaande streshanteringsgerigte hulpverlening aan die ouers en gesinslede van 'n breinbeseerde kind. Daar is onder meer gekyk na hulpverlening wat plaaslik (in Suid-Afrika) en in die buiteland aan gesinslede beskikbaar is.

6.3 BEVINDINGE UIT DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

6.3.1 Inleiding

Elk van die twee fokusgroepbesprekings by die Hamlet School en Woodside Sanctuary het nagenoeg 60 - 90 minute geduur, waartydens die navorser as moderator opgetree het. Elk van die fokusgroepe het uit ses tot twaalf persone bestaan wat op 'n statisties ewekansige wyse geselekteer is en onderwerp is aan 'n telefoniese selekteringsvraelys, asook voor die aanvang van die fokusgroepbespreking aan 'n herselekteringsvraelys (waarin vasgestel is of al die deelnemers kwalifiseer vir die bespreking). In die fokusgroepbesprekings het dit gegaan oor menings, houdings, emosies en gedagtes van individuele deelnemers en die fokusgroep in geheel oor die voorgehoue stimulusmedia naamlik die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, die Samevattende Verslagvorm, en die Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram na aanleiding waarvan modifikasies aan bogenoemde aangebring is. Die finale, gemodifiseerde Kontinue Diagnostiese Verslagkaart (modifikasies in skadu aangedui), vir gebruik deur Opvoedkundige Sielkundiges, is by 6.3.3 aan hierdie

studie geheg terwyl die volle gemodifiseerde Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram onder Bylaag D verskyn. Vervolgens besprekings oor en bevindinge van die fokusgroeppessies.

6.3.2 Bevindinge en resultate uit die fokusgroeponderzoek

Dit het duidelik geblyk dat gesinne/gesinslede nie geredelik van sielkundige hulpverlening gebruik maak of gemaak het nie, grootliks weens die stigma wat deur "Jan Publiek" aan die gebruikmaker gekoppel word. Waar 'n deelnemer wel om sielkundige hulp aangeklop het, was dit gewoonlik 'n negatiewe ervaring gekenmerk deur 'n gebrek aan hulpverlening, omgee en simpatie. 'n Volledige hulpspektrum ten opsigte van medici, mediese hulppersoneel, beraders en sielkundiges behoort reeds by diagnose aan gesinslede verleen te word.

Uit die bespreking blyk dat 'n instansie wat deurentyd verwysingshulp en ondersteuning aan gesinslede kan verskaf, sal geweldig baie help, veral gedurende die akute versorgingsfase. Verwysingshulp is tans moeilik bekombaar, swak gekoördineer, of soms selfs onbekombaar, wat gesinslede desperaat maak in hulle soeke na ondersteuning en hulp. Die meeste gesinslede met wie onderhoude gevoer is het geredelik aanvaar dat hulle werklik nie weet wat om te doen nie - selfs die dokters kon nie altyd help nie.

Kultureel kan daar ook 'n groot las op die gesin geplaas word, veral waar daar van die gesin verwag word om die breinbeseerde te versorg en waar uitplasing geïnterpreteer word as dat die gesin die kind "weggooi". Vriende en familie is ook geneig om nie meer oor te kom vir 'n kuier nie, wat dikwels beteken dat die gesin geïsoleer raak.

Daar is ook bevind dat ouers en gesinslede 'n groot behoefte aan kontinue doelgerigte hulpverlening het. Die groepe het baie sterk gevoel dat sodanige doelgerigte hulp ouers oor die algemeen sal help om nie deur te gaan wat deelnemers in die groep deurgemaak het nie.

Dit sou waarskynlik ook help dat gesinslede die trauma (selfbejammering en skok) wat hulle ervaar nie so intens beleef nie, omdat daar hulp beskikbaar is.

Die stimulusmateriaal (Kontinue Diagnostiese Verslagkaart en Samevattende Verslagvorm) is in detail bespreek terwyl beide fokusgroepe modifikasies aangebring het, meestal volledigheds- en duidelikhedshalwe. Daar is ook gevoel dat die studie en die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart die behoefte van gesinslede beslis aanspreek. Daar is spesifiek gevoel dat daar beslis aan ouers, organisasies en selfs inrigtings hulp verleen moet word sodat hulle mense met breinbeseerde kinders kan help en die publiek só algemeen ingelig kan word.

Die behoefte aan 'n organisasie wat ouers en gesinslede afsonderlik en oor kultuurgrense heen telefonies van hulp en raad kan bedien, kon nie genoeg deur al die deelnemers beklemtoon word nie. Volgens die deelnemers behoort die inhoud van die studie aan universiteite en hulporganisasies beskikbaar gestel te word.

Die algemene menings van deelnemers oor die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart sowel as die Samevattende Verslagvorm as riglyn vir die ontwerp van 'n langtermynhulpprogram aan gesinslede met 'n breinbeseerde kind (nadat modifikasies aangebring is) was soos volg:

As riglyne vir 'n hulpprogram soos wat aan die groep voorgelê is, jare gelede beskikbaar was toe deelnemers se kind die breinbesering opgedoen het, sou hulle dit lewenslank makliker gehad het en sou hulle hulself, hulle eie gevoelens en dié van hulle mede-gesinslede beter verstaan het. Daar is algemeen gevoel dat riglyne vir die saamstel van 'n program soos dié jare gelede al nodig was. Fokusgroep deelnemers het ook gevoel dat sielkundiges oor die algemeen en die publiek spesifiek deur middel van die massamedia oor die inhoud van hierdie studie ingelig moet word, omdat hulpverlening van hierdie aard veral op afgeleë plekke broodnodig is.

6.3.3. Gevolgtrekkings

Vervolgens dan die gemodifiseerde Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyn vir Sielkundige Hulpverlening, die Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde Kind en die Beplanningsvorm vir 'n hulpverleningsprogram : Riglyn tot aksie. Met meegaande word riglyne aan 'n Opvoedkundige Sielkundige gebied aan die hand waarvan 'n hulpverleningsprogram saamgestel kan word ter ondersteuning van gesinne/gesinslede van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het.

DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART		KONTINUE DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYNE VIR SIELKUNDIGE HULPVERLEENING	
VIR INDIVIDUELE GESINSLEDE:		AKUTE VERSORGINGSFASE	
NAAM:		HULPVERLEENING EN INLIGTING VERSTREK GEDURENDE KIND SE HOSPITALISASIE/DIAGNOSE/EVALUERINGS:	
BEROEP/GD/ST:		MEDICI:	MEDESEHULP
GEBOORTEDATUM:		PERSON:	SELKUNDIGE / MAATSKAPLIKE WERKER
OUDERDOM:		(BERADINGSKONSULTASIE):	
PROBLEEMANALISE			
IN KLEURKODE:			
* GROEN = Geen Probleem + ORANJE = Matige Probleem ~ ROOI = Besliste Probleem			
DATUM VAN KONSULTASIE:			
1		DIAGNOSE	
2		PROGNOSE	
3		REALISTIESE VERWAGTINGE	
4		GEDEFINIEERDE BEHANDELING	
5		VERDUIDELIKING VAN BREINBESERING IN EENVOUDIGE TERMIE	
6		VERWYSINGSHULP	
7		GEE VAN HOOP	
8		WYS DAT HULLE OMGEE	
9		OP HOOGTE HOU VAN MAASBESTAANDES	
10		EMOSIONELE ONDERSTEUNING	
11		VERDUIDELIKING VAN DIAGNOSE	
12		VERDUIDELIKING VAN BEHANDELING	
13		VERDUIDELIKING VAN PROGNOSE	
14		REALISTIESE VERWAGTINGE	
15		INLIGTING OOR BREINBESERING EN BREINBESERDE	
16		EMOSIONELE, SOSIALE EN PERSOONLIKE ONDERSTEUNING	
17		FINANSIELE VOORLIGTING EN BEPLANNING	
18		VERSKAPPING VAN NAME EN ADRESSE VAN KONTAKPERSONE	
19		REEL VAN OPVOLGAFSPRAKE	
20		VERWYSINGSADVIES (INSTANSIES, ENS)	
21		HULP MET BESLUITNEMING	
22		HULPVERLEENING AAN INRIGTINGS EN ORGANISASIES	
23		VOOGDYSKAP	
24		REHABILITASIE EN EISE AAN GESINSLEDE GESTEL	
25		UITPLASING	
		HULPPROGRAMME	
		INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGE IN DIE GESIN	
		ISOLASIE	
		AFHANKLIKHEID	
		GEBREK AAN KEUSES	
		GEBREK AAN ANTISIPERING VAN PROBLEME	
		GEBREK AAN INLIGTING (VERAL VAN FAMILIELEDE)	
		BEGELEIDINGSNOOD (OOK AAN UITGEBREIDE GESIN)	
		ANGS, SKOK EN 'N GEVOEL VAN ONWERKLIKHEID	

Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Ondersoekdatum: _____

A. Identifiserende besonderhede

VAN: _____

Name van gesinslede:

Verwantskap	Naam	Kwalifikasie	Beroep	Telefone (H) (W)	Jaarlikse Inkomste	Ouderdom	Sosiale Verpligtinge
Vader							
Moeder							

Eie woonhuis: Ja ☐ Nee ☐ Grootte van woonhuis: _____m²

Ander (Spesifiseer): _____

Huistaal :	Geboortedatum:
Naam van breinbeseerde:	Kronologiese ouderdom:
	Ouderdom by breinbesering:
Eie of aangenome kind:	Tydperk op kleuterskool:
Ouderdom met skooltoelating:	Gesondheid:
Aantal skole besoek:	Skoolbesoek:
Waar op skool ten tye van breinbesering:	Graad/Std ten tye van breinbesering:
Akademiese prestasies sedert skooltoetrede:	
Buitemuurse bedrywighe:	
Vorige IK bepalings (indien beskikbaar):	Aantal kere gedruip:
Pedagogiese situasie tuis:	

B. Hospitalisasie - historisiteit (onderstreep en lewer kommentaar, met die klem op oop antwoorde waar nodig). (Voltooi B-H vir elke gesinslid.)

1. Hulpverlening en inligting verskaf deur medikus: (Spesifiseer deur wie en lewer kommentaar).

Diagnose/ Prognose/ Realistiese verwagtinge/ Behandeling/
Verduideliking van breinbesering in eenvoudige terme/ Verwysing

2. Hulpverlening en inligting verskaf deur mediese hulppersoneel.
Gee van hoop/ Wys dat hulle omgee/ Op hoogte hou van naas-
bestaandes/ Emosionele ondersteuning.
-
-

3. Hulpverlening en inligting gebied deur beradingskonsultant:
Verduideliking van diagnose/Verduidelik behandeling/Verduidelik
prognose/Realistiese verwagtinge/Inligting oor breinbesering en
breinbeseerde/Emosionele, sosiale, persoonlike ondersteuning/
Finansiële voorligting en beplanning/Verskaffing van name en
adresse van kontakpersone/Hou naasbestaandes op hoogte van
breinbeseerde se toestand/Reël van opvolgafsprake/Gesin se
nakom van opvolgafsprake/Verwysingsadvies/Hulp met besluit-
neming/Inligting oor inrigtings en/of organisasies/Voogdyskap/
Rehabilitasie en die eise aan die gesin/Plasing/Hulpprogramme/
Interpersoonlike verhoudinge.
-
-

C. Funkzioneringsbeeld

D. Fenomeenbeeld

E. Verifiëring en analise

F. Relasie ten opsigte van: (doen waar moontlik een vir elke gesinslid en voeg addisionele bladsye van verslaglewering by.)

i) Relasie met ouers

ii) Relasie met broers/susters en uitgebreide gesin

iii) Relasie met onderwysers

iv) Relasie met maats

v) Relasie met objekte en idees

vi) Relasie met die self

*(Sien aangehegte Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram: Riglyn tot Aksie-vorm

[illegible]

BEPLANNING VIR 'N HULPVERLENINGSPROGRAM : RIGLYN TOT AKSIE

[illegible]

6.4 GEVOLGTREKKING VAN DIE STUDIE

Uit die studie het dit geblyk dat daar wel tydens die aanvanklike behandeling van die breinbeseerde kind inligting aan die gesin verstrekkend word, maar dan nie altyd in alle gevalle nie. Uit die loodsondersoek het dit duidelik geblyk dat die gesin nie voldoende voorberei word op die stres wat hulle in die gesinsopset ten opsigte van die hantering van die breinbeseerde kind te wagte kan wees nie.

Daar het verder uit die loodsondersoek geblyk dat daar 'n definitiewe behoefte aan 'n langtermynhulpverleningsprogram by gesinslede bestaan. Met die probleemstelling in gedagte is die volgende vrae met hierdie studie beantwoord:

- Wie is die breinbeseerde kind?
- Hoe beleef die gesinslede van die breinbeseerde kind die situasie en die stres wat daarmee gepaard gaan?
- Wat is die aard van bestaande hulpverlening aan gesinslede van 'n breinbeseerde kind ten opsigte van die hantering van stres?

Met hierdie studie is riglyne geformuleer aan die hand waarvan Opvoedkundige Sielkundiges 'n hulpprogram kan ontwerp vir die gesin of lede van die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het.

6.5 IMPLIKASIE VAN DIE STUDIE

Met hierdie studie is riglyne wat ontwerp is vir die samestelling van 'n langtermynhulpverleningsprogram deur 'n Opvoedkundige Sielkundige, aan die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, onderwerp aan kwalitatiewe navorsing. Hierdie studie spreek die gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom se behoefte aan streshanteringsgerigte langtermynhulpverlening direk aan.

Die inhoud van hierdie studie sowel as die meegaande Kontinue Diagnostiese Verslagkaart, Samevattende Verslagvorm en Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram vorm sal Opvoedkundige Sielkundiges in staat stel om die gesin, lede van die gesin en selfs steungroepe te ondersteun, hulle vrae te beantwoord, onsekerheid en stres uit die weg te ruim, en so die gesin te help met hulle aanpassing by en aanvaarding van die breinbeseerde kind.

6.6 ASPEKTE WAT VERDERE ONDERSOEK REGVERDIG EN AANBEVELINGS

Dit het duidelik geblyk uit die loodsondersoek, die persoonlike onderhoude met die personeel van inrigtings, skole en hospitale, asook uit die literatuurstudie, dat daar wel sielkundige en ander gespesialiseerde hulpverlening vir die gesin of lede van die gesin van 'n breinbeseerde kind beskikbaar is, selfs oor die langtermyn. Sodanige hulp is egter nie kontinuu of goed gekoördineer nie en is ook baie duur. Dit het ook uit die studie geblyk dat die meeste gesinne nie van bogenoemde hulp gebruik maak nie.

Nog 'n aspek wat verdere ondersoek regverdig is die praktiese toepasbaarheid van die voorgestelde riglyne vir die ontwerp van 'n langtermynhulpverleningsprogram aan die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het en of dit wel die gewenste positiewe resultate tot gevolg sou hê.

6.7 LEEMTES IN DIE STUDIE

Daar is in die studie gemeld dat kontinue langtermynhulpverlening 'n algemene behoefte by die gesinslede van 'n breinbeseerde kind is. Dié feit is ook deur inrigtings, instansies en skole vir erg gestremdes bevestig. Daar is ook gemeld dat gespesialiseerde hulpverlening goed gekoördineer en kontinuu behoort te wees.

Met die daarstel van riglyne vir die ontwerp van 'n hulpverleningprogram aan die gesin van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, word bogenoemde behoeftes aangespreek.

Dit bly egter 'n feit dat gespesialiseerde hulp nie altyd bekombaar is nie, baie duur kan wees en verder dat instansies/skole nie altyd die tyd of fondse het om so 'n diens aan die gesin te bied nie.

Een van die grootste leemtes in die aanspreek van die probleem en die daarstel van riglyne is dat daar net van enkele fokusgroepe gebruik gemaak is om die riglyne in die praktyk te toets. Hoewel die kwalitatiewe navorsingsresultate van onskatbare belang is, was die deelnemers beperk tot Gauteng. Gesinne het groot moeite gedoen en van oor die hele provinsie van Gauteng gekom om fokusgroepe by te woon ten spyte van vol programme, waarvoor die skrywer baie dankbaar is. Daar was egter gesinne in die steekproeftrekking wat as gevolg van vervoerprobleme, werkdruk en gebrek aan iemand om na die breinbeseerde kind te kyk, nie in staat was om die besprekings by te woon nie.

'n Verdere leemte was dat die steekproef slegs in een provinsie van Suid-Afrika gehou is en dat lede van die ander agt provinsies nie deelgeneem het aan die studie nie. Ook is hulpprofessies soos opvoeders, regslui, terapeute, medici en ander nie betrek nie.

Die grootste leemte wat in hierdie studie ondervind is, was die geweldige gebrek aan resente (na 1990, maar veral sedert 1994) bronne. Daar is baie min boeke, maar ook artikels uit vaktydskrifte, wat die klem op sielkundige hulpverlening aan die gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom, plaas.

Ten slotte sou die skrywer graag meer inligting wou bekom het van 'n organisasie genaamd "The National Head Injury Foundation" in die VSA. Daar is verskeie briewe deur die skrywer, en ook deur die UNISA

Biblioteek, aan dié instansie gerig, maar ongelukkig is geen terugvoering van hulle ontvang nie

6.8 TEN SLOTTE

Daar is in hierdie hoofstuk gekyk na 'n opsomming van bevindinge uit die literatuur en die empiriese ondersoek. Daar is tot 'n gevolgtrekking geraak en daar is na die implikasies van die studie gekyk. Aspekte wat verdere ondersoek regverdig, is uitgewys en die Kontinue Diagnostiese Verslagkaart - Riglyne vir Sielkundige Hulpverlening asook die Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde Kind, wat Opvoedkundige Sielkundiges kan help om 'n hulpprogram saam te stel, is gemodifiseer.

Die fokusgroepdeelnemers was positief, dankbaar en opgewonde omdat hulle ten spyte van hul eie seer self ook ander sou kon help deur hul eie deelname aan die studie. Geen moeite is dus ontsien om so volledig en so spontaan moontlik tot die studie by te dra nie, ten spyte daarvan dat ou wonde dikwels daardeur oopgekrap is. Hiervoor wil die skrywer sy waardering uitspreek.

Met dié studie hoop die skrywer van harte om deernis op te wek vir, maar veral om te probeer antwoord op, die noodkreet van elke gesin wat al met die hartseer van breinbesering te doen gekry het. Mag Opvoedkundige Sielkundiges, skole en ander instansies ook by die studie baat. As daar meer doelgerig aan die gesinslede van 'n kind wat 'n breinbesering opgedoen het, hulp verleen kan word — op welke manier ook al — sal die skrywer voel dat hy sy doel bereik het.

BIBLIOGRAFIE

- Abelson N. 1987a. Protokol van Handeling in die Ongevalle en Noodafdeling. *Verpleging RSA*, 2 (8): 38.
- Abelson, N. 1987b. Protocols of Care for the Management of Head - Injured Patients. *Nursing RSA*, 2 (6): 22-28.
- Abelson, N. 1987c. Protocols for the Management of Patients with Head Injuries. *Nursing RSA*, 2 (9): 39-40.
- Anderson, C.M. 1963 *Jan, my brain-damaged daughter*. Portland: Durham.
- Balliet, R., Harbst, K.B., Kim, D., & Stewart, R.V. 1987. Retraining of functional gait through the reduction of upper extremity weight-bearing in chronic cerebellar ataxia. *International Rehabilitation Medicine*, 8 (4) : 148-153.
- Barry, P. & O'Leary, J. 1989. Roles of the Psychologist on a Traumatic Brain Injury Rehabilitation Team. *Rehabilitation Psychology*, 34 (2) : 83-90.
- Baxter, C., Cummins, R.A., & Polak, S. 1995. A Longitudinal Study of Parental Stress and Support : From diagnosis of disability to leaving school. *International Journal of Disability, Development and Education*, 42(2):125-136
- Ben-Yishay, Y. & Diller, L. 1981. Rehabilitation of cognitive and perceptual defects in people with traumatic brain damage. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4 (2) : 208-210.
- Berko, F.G., Berko, M.J. & Thompson, S.C. 1970. *Management of Brain Damaged Children - A parents' and Teachers' Guide*. Springfield USA : Charles C. Thomas.
- Beukes, M. Maatskaplike Werker, Woodside Sanctuary. 1995. Persoonlike Onderhoud. 29 Augustus, Johannesburg.
- Beukes, M. Maatskaplike Werker, Woodside Sanctuary. 1996. Persoonlike onderhoud. 30 Mei, Johannesburg
- Biegel, D.E., Milligan, S.E., Putnam, P.L., & Song, L. 1994. Predictors of Burden Among Lower Socioeconomic Status Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 30(5):473-494.
- Bigler, E.D. 1988. Acquired cerebral trauma. *Journal of learning disabilities*, 21 (8), Oktober: 476-485.

- Birch, H.G.(ed). 1964. *Brain damage in children : the biological and social aspects*. New York:Williams & Wilkins.
- Birkenstock, S., Suster in Ondersteuning en rehabilitasie-eenheid, Unitas Hospitaal. 1993. Telefoniese onderhoud. 16 Maart, Verwoerdburg.
- Blacher, J. 1984. *Severely Handicapped Young Children and their families: Research in Review*. Orlando : Academic.
- Black, P. (ed.). 1981. *Brain Dysfunction in Children : Etiology, Diagnosis and Management*. New York : Raven.
- Bobath, B. 1971. *Abnormal Postural Reflex Activity Caused by Brain Lesions*. London : William Heinemann.
- Bolger, J.P. 1982. Cognitive Retraining : A Developmental Approach. *Clinical Neuropsychology*, 4(2): 66-70.
- Brooks, D.N. & McKinlay, W. 1983. Personality and behavioural differences after severe head injury - a relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46: 336-344.
- Bulstrode, C.J.K. 1990. Advances in trauma care. *Journal of Continuing Education for General Practitioners*, Mei : 30-36.
- Burke, D.C. 1987. Needs : Planning a system of care for head injuries. *Brain Injury*, 1(2): 189-198.
- Burr, W.R. & Klein, S.R. (ed). 1994. Re examining Family Stress. London: SAGE.
- Cohen, S.B. 1986. Educational reintegration and programming for children with head injuries. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1(4) : 22-29.
- Community Development and Training. 1995. *Sunshine Centre Association*, Johannesburg : 1-5.
- Cooper, I.S. 1976. *Living with Chronic Neurologic Disease: A Handbook for Patient and Family*. New York : W.W. Norton.
- Corrigan, J.D. 1989. Development of a Scale for Assessment of Agitation following Traumatic Brain Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19 :261-277.

- Corrigan, J.D., Arnett, J.A., Houck, L.J., & Jackson R.D. 1985. Reality orientation for Brain Injured Patients : Group Treatment and Monitoring of Recovery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, September : 626-630.
- Deaton, A.V. 1987. Behavioral Change Strategies for Children and Adolescents with Severe Brain Injury. *Journal of Learning Disabilities*, 20(10), December : 581-589.
- Deelman, B.G. Saan, R.J. & Van Zomeren, A.H. (ed.). 1990. *Traumatic brain injury - clinical, social and rehabilitation aspects*. Amsterdam : Swets & Zeitlinger.
- De Villiers, T. Matrone, Woodside Sanctuary. 1995. Persoonlike Onderhoud. 29 Augustus, Johannesburg.
- Dikmen, S., McLean, A., Temkin, N.R., & Wyler, A.R. 1986. Neuropsychologic Outcome at one-month Postinjury. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 67, August : 507-513.
- Doman, G. 1988. *What to do about your brain-injured child, or your brain-damaged, mentally retarded, mentally deficient, cerebral palsied, emotionally disturbed, spastic, flaccid, rigid, epileptic, autistic, athetoid, hyperactive child*. Philadelphia : Better Baby Press.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J. & Klaus, M. 1975. The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant with Congenital Malformation : A Hypothetical Model. *Pediatrics*, 56(5), November : 710-717.
- Du Preez, J.J. & Steenkamp, W.L. 1980. *Spesifieke leergestremdhede - basiese beginsels*. Durban : Butterworth.
- Ekberg, K. 1984. Cognitive approaches to neuropsychological assessment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 10: 36-38.
- Frierson, E.C., & Barbe, W.B. 1967. *Educating Children with Learning Disabilities*. New Jersey : Prentice Hall.
- Fuld, P.A., & Fisher, P. 1977. Recovery of Intellectual Ability after Closed Head-injury. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19: 495-502.
- Gargiulo, R.M. 1985. *Working with Parents of Exceptional Children. A Guide for Professionals*. Boston : Houghton Mifflin.

- Gaull, G.E. (ed.). 1973. *Biology of Brain Dysfunction. Volume II.* New York : Plenum.
- Gaull, G.E. (ed.). 1975. *Biology of Brain Dysfunction. Volume III.* New York : Plenum.
- Gianutsos, R. 1980. What is cognitive rehabilitation? *Journal of Rehabilitation*, 23, July - September : 36-39.
- Glen, J., Arbeidsterapeut, Sunshine Centre Association, Johannesburg. 1995. Persoonlike Onderhoud. 18 Oktober, Johannesburg.
- Golden, C.J., 1978. *Diagnosis and Rehabilitation in Clinical Neuropsychology.* Springfield : Charles C. Thomas.
- Gordon, S. 1969. The "Brain-Injured" High School Student. *Academic Therapy*, 4(2): 87-91.
- Greenbaum, T.L. 1988. *The practical handbook and guide to focus group research.* Massachusetts: Lexington
- Greenbaum, T.L. 1993. *The handbook for focus group research.* New York : Lexington.
- Gronwall, D. 1986. Rehabilitation programs for patients with mild head injury : components, problems and evaluation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1(2): 53-62.
- Groze, V. 1994. Clinical and Nonclinical Adoptive families of Special-Needs children. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 75, Februarie : 90-104.
- Gunter, C.F.G. 1982. *Aspekte van die teoretiese Opvoedkunde : Met spesiale verwysing na die skool.* Stellenbosch : Universiteits Uitgewers.
- Haffey, W.J., & Lewis, F.D. 1989. Programming for Occupational Outcomes Following Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 34 (2): 147-158.
- Harrington, D.E., & Levandowski, D.H. 1987. Efficacy of an educational - based cognitive retraining programme for traumatically head-injured as measured by LNNB pre- and post- test scores. *Brain Injury* 1(1): 65-72.
- Henry, K. 1984 Cognitive Rehabilitation and the Head-injured Child. *Journal of Children in Contemporary Society*, 16: 189-205.

- Hill, R. 1949. *Families under stress : Adjustment to the crises of war separation and reunion*. New York : Harper.
- Hock, R.A. 1984. *The Rehabilitation of a child with a traumatic Brain injury*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Hughes, B.K. 1990. *Parenting a child with Traumatic Brain Injury*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Hugo, M. 1986. Neurotrauma, *Nursing RSA*, 1(1): 12-16.
- Huysamen, G.K. 1980. *Inferensiële Statistiek en Navorsingsontwerp*. Pretoria : Academica.
- Jacobs, L.J., & Vrey, J.D. 1982. *Selfkonsep, diagnose en terapie : 'n Opvoedkundige Sielkundige benadering*. Pretoria : Academia.
- Jacobs, L.J., Petrick, H.C., Wiechers, E., Van Rensburg, J.J.J. & Oosthuizen, J.D. 1985. *Skoolvoorigting (B.Ed) - Studiegids I vir OSV 403 R*. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.
- Johnson, H.M. 1968. *Sociology : A systematic introduction*. London : Routledge & Kegan Paul.
- Kaplan, S.P. 1988. Adaptation following Serious Brain Injury: An Assessment after one year. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 19(3) : 3-8.
- Karp, F., & Flowers, S.M. 1988. Traumatic Brain Injury : Finding the Information. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 31(4), June: 355-369.
- Katz, B., Fisioterapeut Sunshine Centre Association. 1995. Persoonlike onderhoud. 18 Oktober, Johannesburg.
- Kleynhans, R. 1993. Teruggetrek na die lewe. *Huisgenoot*. 25 Maart : 18-20.
- Kok, J.C. 1975. *Leerprobleme en perseptueel-motoriese ordening*, Johannesburg : Perskor.
- Kosciulek, J.F. 1994. Dimensions of family coping with head injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 37(3):244-258.
- Kreutzer, J.S., & Boake, C.W. 1987. Addressing disciplinary issues in cognitive rehabilitation : definition, tracing and organisation. *Brain Injury*, 1(2): 199-202.

- Kreutzer, J.S., Gordon, W.A., & Wehman, P. 1989. Cognitive remediation following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 34 (2): 117-130.
- Kübler-Ross, 1995. Televisie dokumentêr, TV1 op SATV. 19 Desember, Johannesburg.
- Labuschagne, L. 1993. Telefoniese onderhoud. 17 Julie, Alberton.
- Labuschagne, L. 1995. Telefoniese onderhoud. 28 September, Alberton.
- Labuschagne, L. 1996. Persoonlike onderhoud. 8 Maart, Johannesburg.
- Lancaster, F.W. 1991. Injuries (Traumatic) to children [S.l. : s.n.] : 2503-2504.
- Lerner, J.W. 1971. *Children with Learning Disabilities : Theories, Diagnosis, and teaching strategies*. 2de Uitgawe. New York : Houghton Mifflin.
- Lessing, A.C. 1994a. *Algemene agtergrond oor die leergereemde kind*. Johannesburg : NZK uitgewers.
- Lessing, A.C. 1994b. *Lees en Spellingvaardigheid*. Johannesburg : NZK uitgewers.
- Lezak, M.D. 1986. Psychological Implications of Traumatic Brain Damage for the Patient's Family. *Rehabilitation Psychology*, 31 (4) : 241-250.
- Lezak, M.D. 1987. Relationships between personality disorders, social disturbances, and psysical disability following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2 (1) : 57-69.
- Lezak, M.D., & O'Brien, K.P. 1988. Longitudinal study of emotional, social and physical changes after Traumatic brain injury. *Journal of learning disabilities*, 21 (8), Oktober : 456-463.
- Lezak, M. 1995. Korrespondensie. 19 April, Johannesburg.
- Long, C.J., Gouvier, W.D., & Cole, J.C. 1984. A Model of Recovery for the total rehabilitation of individuals with Head Trauma. *Journal of Rehabilitation*, 50, Jan - March:39-45.
- Martin, D.A. 1988. Children and adolescents with traumatic brain injury: Impact on the Family. *Journal of learning disabilities*, 21 (8), Oktober: 464-470.
- Mauss-Clum, N., & Ryan, M. 1981. Brain Injury and the family. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 13(4), Augustus : 165 - 169.

- McDowell, A.D., Saylor, C.F., Taylor, M.J., Boyce, G.C., & Stokes, S.J. 1995. Ethnicity and parenting stress change during early intervention. *Early Child Development and Care*, III:131-141.
- Mdaka, B. 1991. Self-help in caring for the mentally handicapped. *Social Work Practice*, I, Maart : 10-11.
- Merritt, K.L., & Evans, R.L. 1990. Family Satisfaction with Medical Care After Traumatic Brain Injury. *Psychological Reports*, 67(1): 129-130.
- Meyer, C. 1993. Visions of Tomorrow's ICU. *American Journal of Nursing*, May: 27-31.
- Michaelis, C.T. 1980. *Home and School Partnership in Exceptional Education*. Londen : Aspen.
- Moore, L.E., Van Hasselt, V.B., Ammerman, R.T., & Hersen, M. 1994. The Assessment and Treatment of Adolescents with Visual Impairments and their families. *Teaching Exceptional Children*, Winter:56-59.
- Moutinho, D., Direkteur, South African Federation for Mental Health. 1996 Telefoniese Onderhoud 30 Mei, Johannesburg.
- Mulder, J.C. 1981. *Statistiese tegnieke in Opvoedkunde*. Pretoria : HAUM.
- Nass, R., & Koch, D. 1987. Temperament differences in toddlers with early unilateral Right- and Left-Brain Damage. *Developmental Neuropsychology*, 3 (2), 1987: 93-99.
- Odendal, F.F., Schoonees, P.C., Swanepoel, C.J., Du Toit, S.J., & Booysen, C.M. 1979. *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*. Johannesburg : Perskor.
- Pittman, F.S. 1987. *Turning points: Treating families in Transition and Crisis*. New York: W.W. Norton.
- Powell, T.H., & Ogle, P.A., 1985. *Brothers and Sisters : A special part of Exceptional Families*. Londen: Paul H. Brookes
- Prigatano, G.P. 1986. Higher Cerebral Deficits : History of Methods of Assessment and Approaches to Rehabilitation : Part II. *BNI Quarterly : Barrow Neurological Institute Seminar Series on History of the Neurosciences*, 2 (4) : 9-17.
- Prigatano, G.P. 1987. Recovery and Cognitive Retraining after Craniocerebral Trauma. *Journal of Learning Disabilities*, 20(10) Desember : 603-613.

- Prigatano, G.P. 1988. Anosognosia, Delusions and Altered Self-Awareness after Brain Injury : A Historical Perspective. *BNI Quarterly : BNI Seminar Series on History of the Neurosciences*, 4 (3), Summer: 40-48.
- Prigatano, G.P. 1989. Bring it up in Milieu : Toward Effective Traumatic Brain Injury Rehabilitation Interaction. *Rehabilitation Psychology*, 34(2) :135-144.
- Prigatano, G.P., & Altman, I.M. 1990. Impaired Awareness of Behavioral Limitations After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71 (13), Desember: 1058-1064.
- Prigatano, G.P., Fordyce, D.J., Zeiner, H.K., Roueche, J.R., Pepping, M., & Wood, B.C. 1984. Neuropsychological rehabilitation after closed head injury in young adults. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47: 505-513.
- Rademeyer, P. 1994. Persoonlike onderhoud. 18 Julie, Alberton.
- Rahmani, L. 1982. The Intellectual Rehabilitation of Brain-Damaged Patients. *Clinical Neuropsychology*, 4 (1) : 44-46.
- Rapp, D. 1986. *Brain Injury Casebook: Methods for Reintegration into Home, School, and Community*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Reitan, R.M., & Herring, S. 1985. A short screening device for identification of cerebral dysfunction in children. *Journal of Clinical Psychology*, 41 (5), September : 643-650.
- Rie, H.E., & Rie, E.D. 1980. *Handbook of Minimal Brain Dysfunctions : A Critical View* New York : John Wiley.
- Risser, A.H.M. 1987. Assessment of parenting stress in families of children with and without neuropsychological anomalies. *Dissertation abstracts international*, 49 (10) April : 4557-B.
- Rogers, P.M., & Kreutzer, J.S. 1984. Family Crises following Head Injury : A Network intervention strategy. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16 (6), Desember:343-346.
- Romano, M.D. 1974. Family response to traumatic head injury. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 6: 1-4.
- Rosenthal, M., Bond, M.R., Griffith, E.R. & Miller, J.D. 1990. *Rehabilitation of the Adult and child with traumatic brain injury*. 2de Uitgawe. Philadelphia : F.A. Davis.

- Rourke, B.P., Bakker, D.J., Fisk, J.L., & Strang, J.D. 1983 *Child Neuropsychology : An introduction to Theory, Research and Clinical Practice*. New York : Guildford.
- Sasser, E. 1993. Persoonlike onderhoud. 1 Januarie, Johannesburg.
- Sasser, E. 1996. Persoonlike onderhoud. 26 Maart, Johannesburg.
- Savage, R., & Carter, R. 1988. Transitioning Pediatric Patients into Educational Systems: Guidelines for Rehabilitation Professionals. *Cognitive Rehabilitation*. 6 (4), Julie/Augustus : 10-14.
- Scherzer, B.P. 1986. Rehabilitation following severe Head Trauma : Results of a Three-Year Program. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 67 June : 366-374.
- Schoeman, R.M. 1989. Die benutting van hulpbronne in die gemeenskap by die behandeling van die kind en sy gesin as 'n eenheid. *Welfare focus*, 24(2):21-28.
- Schumann, D.E.W., Bouwer, B. & Schoeman, H.S. 1975. *Elementêre Statistiek : Beskrywende Metodes*. Johannesburg : McGraw-Hill.
- Schurink, W.J. 1995. *Centre for Social Welfare Policy, RGN*. Lesing: "Focus Group Interviewing" aangebied by Empirical Education Methodology Seminar. 11 Oktober, Pretoria.
- Searl, S. 1989. Stages of parent reaction. *The exceptional parent*, 8:27-29.
- Seligman, M. 1979. *Strategies for Helping Parents of Exceptional children : A Guide for Teachers*. New York : The Free Press.
- Siblings of Children with Disabilities: "We go our separate way, together but alone. 1979. *The exceptional parent*, 9 (6), Desember : C29-32.
- Smith, R.M. & Neisworth, E.T. 1975. *The exceptional child : a functional approach*. New York : McGraw-Hill.
- Smith, S.L. 1979. *No easy answers : teaching the learning disabled child*. Cambridge : Winthrop.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990a. *Start Activity Sheets : Activities of Daily Living and Fine Motor/Cognitive Skills*. Johannesburg: Sunshine Centre Association.

- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990b. *Start:Activity Sheets: Gross Motor Development & Communication*. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990c . *Start Integrated Programme*. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990d. *Start: Appendices*. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M.C. 1990e. *Start Activity Sheets*. Johannesburg: Sunshine Centre Association
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990f. *Start : The Parents' Guide*. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990g. *Start: Teacher/Counsellor's Guide*. Volume I. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Solarsh, B., Katz, B. & Goodman, M. C. 1990h. *Start: Teacher-Counsellor's Guide* Volume 2. Johannesburg : Sunshine Centre Association.
- Stark, R. & Akers (ed.). 1973. *Society Today*. 2de Uitgawe. Del Mar:CRM books.
- Stein, D.G., Rosen, J.J., & Butters, N. (ed.). 1974. *Plasticity and Recovery of Function in the Central Nervous System*. New York : Academic.
- Stewart, J.C. 1986. *Counseling Parents of Exceptional Children*. 2de uitgawe. Toronto : Charles E. Merrill.
- Suid-Afrika. *Inkomstebelastingwet no. 58, 1962*. Pretoria : Staatsdrukker.
- Telford, C.W., & Sawrey, J.M. 1981. *The exceptional Individual*. 4de uitgawe: New Jersey : Prentice-Hall.
- Telzrow, C.F. 1987. Management of Academic and Educational Problems in Head Injury. *Journal of Learning Disabilities*, 20 (9), November : 536-545.
- Thivierge, J. 1986. Brief report: A case of acquired aphasia in a child. *Journal of Autism and developmental disorders*. 16 (4), Desember : 507-512.
- Thomas, E.W. & Le Win (ed.). 1969. *Brain-injured children: with special reference to Doman-Delacato Method of Treatment*. Springfield: Charles C. Thomas.

- Thomsen, I.V. 1981. Neuropsychological Treatment and Longtime Follow-up in an Aphasic Patient with very Severe Head Trauma. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 3: 43-51.
- Todd, J., & Satz, P. 1980. The effects of Long-term Verbal Memory Deficits : A Case Study of an Adolescent and his Family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, October: 431-438.
- Tornopol, L. (ed.). 1974. Introduction to children with learning disabilities, in Learning disabilities - Introduction to educational and medical management. Springfield : Charles C. Thomas.
- Trexler, L.E., & Zappala, G. 1988. Neuropathological Determinants of Acquired Attention Disorders in Traumatic Brain Injury. *Brain and Cognition*. 8(3) : 291-302.
- Uomoto, J.M., & McLean, A. 1989. Care Continuum in Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 34 (2): 71-79.
- Van Kradenburg, S. Suster in Pediatrie en Intensief, Unitas Hospitaal. 1995. Telefoniese onderhoud. 27 September, Pretoria.
- Vedder, R. 1975. *Kinderen met leer en gedragsmoeilikheden*. Groningen : Wolters - Noordhoff.
- Veitch, G. 1995. Korrespondensie. 15 November, Johannesburg.
- Volenski, L.T. 1995. Building school support systems for parents of handicapped children : The parent education and guidance program. *Psychology in the Schools*, 32:124-129.
- Volpe, B.T., & McDowel, F.H. 1990. The Efficacy of Cognitive Rehabilitation in Patients with Traumatic Brain Injury. *Archives of Neurology*, 47 (2), February: 220-222.
- Waaland, P.K., & Kreutzer, J.S. 1988. Family response to childhood traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3 (4), Desember : 51-63.
- Wehman, P., & Kreutzer, J.S. (ed.). 1990. *Vocational rehabilitation for persons with Traumatic Brain Injury*. Maryland: Aspen.
- Weinberg, J., Diller, L., Gordon, W.A., Gerstman, L.J., Lieberman, A., Lakin, P., Hodges, G., & Ezrachi, O. 1979. Training Sensory Awareness and Spatial Organisation in People with Right Brain Damage. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 60 November: 491-496.

- Wender, P.H. 1971. *Minimal brain dysfunction*. New York : Wiley.
- West, E. 1981. My child is blind - Thoughts on family life. *The exceptional parent*, 11:S9-S12.
- Whyte, J., & Glenn, M.B. 1986. The care and rehabilitation of the patient in a persistent vegetative state. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1 (1) : 39-53.
- Woody, R.H. 1994. Legislation for children with disabilities : Family therapy under public law 101-476. *The American Journal of Family Therapy*, 22(1): 77-82.
- Wunderlich, R.C. 1970. *Kids, brains and learning*. St. Pietersburg : Reading.

BYLAAG A

HULPVERLENING AAN 'N GESIN MET 'N BREINBESEERDE KIND

LOODSONDERSOEK

PROBLEEMSTELLING

Aan die hand van 'n vraag of daar nie meer aandag aan die langtermynversorging, gerig op streshantering van die gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom gegee moet word nie, is 'n voorlopige literatuurstudie na hulpverlening aan die gesin van 'n breinbeseerde kind gedoen. Uit die ondersoek blyk dat inligting tydens die aanvanklike behandeling van die breinbeseerde kind aan die gesin verstrekkend word, maar dat daar ontoereikende hulpverlening ten opsigte van die gesin bestaan. Die ondersoek toon duidelik dat die gesin nie voorberei word op die stres wat hulle ten opsigte van die hantering van die breinbeseerde kind te wagte kan wees nie. Die probleem is op die hantering van stres deur die lede van 'n gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom, gerig. Die ontleding van dié probleem toon duidelik dat die inhoud van die hulpverleningsprogram van kritieke en deurslaggewende belang is, omdat die ideale hulpverlening 'n langtermynprojek moet wees.

Reageer asseblief op die volgende stellings:

Daar word langtermyn aan gesinslede van 'n breinbeseerde kind of kinders hulp verleen.

Dit blyk dat daar wel oor die algemeen 'n behoefte aan langtermynhulpverlening bestaan.

Daar word blykbaar min aandag aan hulpverlening of langtermynondersteuning aan die ouers en gesinslede van 'n breinbeseerde kind gegee. Wat sou u sê is die redes hiervoor?

Daar word wel tydens die aanvanklike behandeling van die breinbeseerde kind inligting aan die gesin verstrekte en hulp verleen. Bestaan daar 'n toereikende inligtings- en hulpprogram vir die gesin?

Gesinne word voldoende voorberei op die stres wat hulle ten opsigte van die hantering van die breinbeseerde kind in die gesinsopset te wagte kan wees?

Behoort daar nie meer aandag aan die langtermynondersteuning van die gesin waarin daar 'n breinbeseerde kind voorkom, gegee te word nie?

Wat sou u sê moet die inhoud van 'n hulpverleningsprogram wees, met die oog op die hantering van stres deur die gesin?

Watter mate van hulpverlening, gerig op streshantering, bied u die ouers of gesinslede?

Hoe is u hulpverleningsspan saamgestel?

Is u hulpverlening vir alle sosio-ekonomiese groepe beskikbaar?

Stel u telefoonnommers van steungroepe asook addisionele bronne van hulpverlening aan die ouers en gesinslede beskikbaar?

ALGEMENE OP- EN AANMERKINGS

BYLAAG B

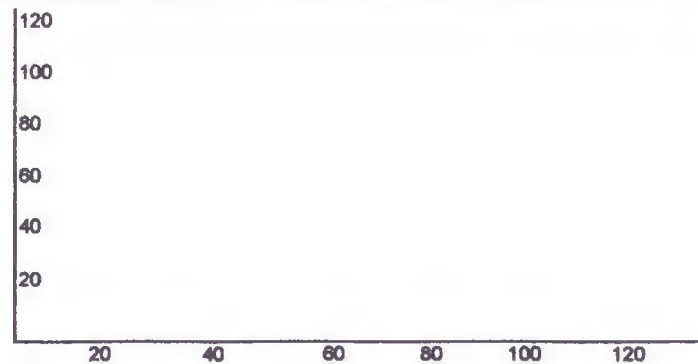
BYLAAG B - DOMAN-DEACATO ONTWIKKELINGSPROFIEL SOOS AANGEPAS DEUR DIE SKRYWER (DOMAN, 1988:129-130)(THOMAS & LE WIN, 1969:106)

VIR GEBRUIK BY PASIENTE MET RELATIEWE ERGATIGE NEUROMOTORIESE EN SENSORIESE DISFUNKSIES

FUNKSIONELE BREINVLAK STADIA	TYDSPAN	VISUELE VAARDIGHEID	OUITIEWE VAARDIGHEID	TAKTIELE VAARDIGHEID	HANDVAARDIGHEID	KOMMUNIKASIE RESEPTIEWE/EKS-PRESIEWE TAAL	MOBILITEIT
VII SOFISTIKEERDE KORTEKS	SUPERIEUR 36 MAANDE GEMIDDELD 72 MAANDE STADIG 108 MAANDE	Lees van woorde deur van die dominante oog tesame met die dominante hemisfeer gebruik te maak	Verstaan van 'n volledige woordeskat en behoorlike sinne soos wat alledaags gebruik word	Taktiele identifikasie van objekte deur die hand te gebruik in ooreenstemming met dominante hemisfeer	Gebruik van 'n hand om mee te skryf in ooreenstemming met die dominante hemisfeer	Volledige woordeskat en behoorlike sinnekonstruksie; Reseptiewe taal.	Gebruik 'n been in 'n vaardighedsrol in ooreenstemming met die dominante hemisfeer
VI PRIMITIEWE KORTEKS	SUPERIEUR 24 MAANDE GEMIDDELD 36 MAANDE STADIG 48 MAANDE	Identifikasie van visuele simbole en letters binn verwyssingsaanswark	Verstaan van 20-30 woorde soos 'n eenvoudige sinne	Beskrywing van objekte deur van taktiele gebruik te maak	Tweehandige hantees met een hand in 'n dominante rol	20-30 woorde taal en kort sinne Reseptiewe taal	Loop en hardloop op 'n volledige kruispadron wysse
V VROEG KORTEKS	SUPERIEUR 12 MAANDE GEMIDDELD 18 MAANDE STADIG 36 MAANDE	Differensiasie van ooreenstemmende maar nie te se eenvoudige visuele simbole nie	Verstaan van 10-25 woorde op twee-woord-koppellings	Taktiele differensiasie van ooreenstemmende maar verskillende objekte	Kortkale bilaterale asook gesamentlike opposisies	10-25 woorde van taalgebruik asook die gebruik van twee-woord-koppellings	Loop waar die arms nie 'n primêre balans rol speel nie
IV INISIELE KORTEKS	SUPERIEUR 8 MAANDE GEMIDDELD 12 MAANDE STADIG 22 MAANDE	Konvergensie van visie wat aanleiding gee tot eenvoudige diepte persepsie	Verstaan twee-woord-sinne	Taktiele verstaan van die drie dimensies in objekte wat plat voorkom	Kortkale opposisie in beide hande	Twee-woord sinne wat spontaan en betekenisvol gebruik word	Loop met arms wat primêre balans verseker in skouer of bo skouer-hoogte
III MIDDELE	SUPERIEUR 4 MAANDE GEMIDDELD 7 MAANDE STADIG 12 MAANDE	Waarderung van detail Wano 'n konfigurasie (vorm)	Betekenisgewing aan betekenisvolle klonte	Betekenisgewing aan groeplike sensasies	Gestuitheid van hande om te gryp (preferensie gryp)	Blaas van betekenisvolle getalke (lag, differensiasie hui)	Kruip op hande en knies deur gebruik-makung van kruispadron kruip
II PONS	SUPERIEUR 1 MAAND GEMIDDELD 2.5 MAANDE STADIG 4 MAANDE	Outiatyn persepsie	Die belangrike repons op bedreigende klonte	Persepsie van belangrike sensasies	Die belangrike verslapping (ontspanning) van greep (release)	Die belangrike hui gepaardgaande met loutenbedreiging	Kruip (self) op die mag deur gebruik-makung van kruispadron kruipbewegings
I MEDULA EN KOORD	SUPERIEUR GEB. - .5 M GEMIDDELD GEB. - 1.0 M STADIG GEB. - 1.5 M	Lig refleks	Startle refleks	Babinski refleks	Gryp refleks	Hui met geboorte en hui	Beweging van die arms en bene sonder dat die liggaam beweeg

PASIENT:		VOORLETTERS:	
DATUM:		TOETSAFNEMER:	
PLEK:		GEBOORTEDATUM:	
KRONOLOGIESE OUDERDOM:		TELLING BEHAAL OP PROFIEL:	
	KANTOORGEBRUIK		
DATUM VAN VORIGE BESOEK:		KRON. OUDERDOM VAN VORIGE BESOEK:	
NEUROLOGIESE OUDERDOM BY VORIGE ONDERSOEK:			

Neurologiese
Ouderdom
(Maande)



Verskillende opinies in die literatuur bestaan insake "normale" kronologiese limiete by elk van die ses motoriese en sensoriese gebiede. Studies beweer dat die tempo van neurologiese ontwikkeling by kinders kan verskil van kultuur tot kultuur en ook van geografiese gebiede ten opsigte van smaak, talente, neurologiese vermoëns, en omgewings faktore wat psigologiese invloede insluit. Funksioneel sal sommige kinders vinniger as ander ontwikkel. Die skrywer beveel aan om in die besluitneming op ouderdomme vir stadiums van breinontwikkeling, toe te laat vir wye kronologiese verskille. Verdere besluite op ouderdomsgrense vir stadia van neurologiese ontwikkeling is slegs benaderings. Neem kennis dat die profiel nie psigologiese en emosionele funksionering evalueer nie. Indien 'n evaluering ten opsigte van hierdie komponente gemaak wil word, beveel die skrywer die gebruik van die **Portland Adaptability Inventory (PAI)** aan (ingesluit in die studie - kyk Bylaag C).

Gebruik die aangepaste Doman-Delacato-ontwikkelingsprofiel soos volg:

Trek 'n horisontale lyntjie in elke vaardigheidskolom op die vlak waarop die pasiënt tans funksioneer. Tel elke blokkie onder die lyntjie as 1 punt, tensy die blokkie gemerk word as "swak" of "uit" weens 'n swak vertoning of abnormale tekens.

'n Blokkie wat "swak" gemerk is verminder die telling van daardie blokkie na 1/2 en die blokkie wat "uit" gemerk word tel NUL. 'n Voltelling sal 42 wees - wat ekwivalent aan 'n neurologiese ouderdom van 108 maande is, en as die boonste grens van stadige ontwikkeling gebruik word. Waar 'n pasiënt se vordering geëvalueer word, maak die chronologiese limiet vir ontwikkeling aan die bokant van die profiel nie saak nie, mits die ouderdom norms konstant gehou word.

Bepaal nou die tempo van neurologiese groei met die eerste evaluasie deur van die formule: Neurologiese ouderdom

Chronologiese ouderdom

gebruik te maak. Bepaal met verdere evaluasies hoeveel maande van neurologiese ouderdom gewin is, sedert die vorige evaluasie, as 'n verhouding oor maande van terapie ondergaan. Indien die uitkoms >1 is toon dit die mate van neurologiese groei wat die pasiënt gedurende behandeling ondergaan het. Inligting kan hierna grafies voorgestel word met neurologiese ouderdom op die Y^{as} en kronologiese ouderdom op die X^{as} (Thomas & Le Win 1969:112). Voorspellings kan volgens bevindinge gewaag word dat indien met die vordering (indien enige) volgehou word, hoeveel maande dit sou neem om 'n spesifieke fase van ontwikkeling te bereik.

BYLAAG C

PORTLAND ADAPTABILITY INVENTORY (P A I)

PAI is 'n sistematiese metode om interverhoudings tussen persoonlikheidsdimensies, sosiale gevolge en fisieke vermoëns by 'n langtermyn breinbeseerde pasiënt te bepaal. Verder bied dit 'n opsomming van persoonlikheidsveranderinge wat voorkom na 'n breinbesering.

PAI is saamgestel uit 24 items wat in drie subskale georganiseer is. Die items word tellings toegeken op 'n vier-punt skaal (0 tot 3) met 'n 0 telling wat geen afwyking aantoon nie en die tellings 1, 2 en 3 wat onderskeidelik ligte, matige en ernstige afwykings aantoon. Tellingtoekenning op individuele items word gedoen aan die hand van observasie van die pasiënt, objektiewe data, kognitiewe ondersoeke en gestruktureerde onderhoude met die pasiënt en ander persone wat van hulp kan wees.

Wat die inligting waardevol maak is dat die pasiënt na die oorspronklike evaluasie rehabilitasie kan ontvang waarna die vordering periodiek gemonitor kan word. Deur die **PAI** tesame met gestruktureerde en beplande kognitiewe rehabilitasie wat gebruik maak van akurate behandeling kan psigososiale probleme wat tot stres by die gesin lei, verminder of uit geskakel word (Kaplan 1988:7; Lezak 1987:59; Lezak & O'Brien 1988:457; Thivierge 1986:508).

Hier volg die **Portland Adaptability Inventory** (Lezak 1987:67-69; Lezak 1995) soos aangepas deur die skrywer:

PORTLAND ADAPTABILITY INVENTORY : ITEM SAMESTELLING

TEMPERAMENT EN EMOSIONALITEIT	AKTIWITEIT EN SOSIALE GEDRAG	FISIEKE VERMOëNS
1. Woede: irriteerbaarheid tot aggressie (ANG)	1. Betekenisvolle verhoudings (SIG)	1. Ambulasie (AMB)
2. Angstigheid tot agitasie (ANX)	2. Verblyf (RES)	2. Gebruik van hande (HND)
3. Traak-my-nie-agtigheid (IND)	3. Sosiale kontak (SOC)	3. Sensoriese status van gehoor (AUD)
4. Depressie (DEP)	4. Self versorging (S/C)	4. Sensoriese status van visie (VIS)
5. Delusies en hallusinasies (D/H)	5. Werk/Skool (W/S)	5. Spraak dysarthia (DYS)
6. Paranoia (PA)	6. Ontspanningsaktiwiteite (LEI)	6. Spraak Aphasia (AP)
7. Inisiatief (INI)	7. Motorbestuur (DRI)	
	8. Wetsoortreding (LV)	
	9. Alkohol (ALC)	
	10. Verdowingsmiddels (DRU)	
	11. Toepaslike sosiale interaksie (ASI)	

PORTLAND ADAPTABILITY INVENTORY

TEMPERAMENT		AND	EMOTIONABILITY (T/E)	
Irritability to aggression	AGG	0	Socially appropriate	
		1	Self-report only	
		2	Mild to moderate irritability and verbal aggression	
		3	Physical or severe verbal aggression	
Anxiety to agitation	ANX	0	Socially appropriate	
		1	Self-report only	
		2	Mild to moderate anxiety	
		3	Severe anxiety to agitation	
Indifference	IND	0	Socially appropriate	
		1	Indifferent to problems	
		2	Denies existence or seriousness of problems; unable to comprehend them	
		3	Euphoric	
Depression	DEP	0	Appropriate	
		1	Self-report only	
		2	Apparent to observer but not disruptive for practical purposes	
		3	Disruptive for practical purposes	
Delusions and hallucinations	D/H	0	None	
		1	Self-report only; no hallucinations	
		2	Apparent to observer but not disruptive for practical purposes	
		3	Disruptive for practical purposes	
Paranoia	PA	0	None	
		1	Self-report only	
		2	Apparent to observer but not disruptive for practical purposes	
		3	Disruptive for practical purposes	
Initiative	INI	0	Within normal limits	
		1	Slow to get started; initiates less (conversation, activity) than premorbidly but sufficient for practical purposes	
		2	Initiates some (conversation, activity), but insufficient for many practical purposes	
		3	Initiates no conversation or planned activity; totally dependent in this respect	
ACTIVITIES		AND	SOCIAL BEHAVIOUR (ASB)	
Significant relationships	SIG	0	Unchanged, established, or reestablished	
		1	Dissatisfactions; significant relationships mildly to moderately disturbed	
		2	Disrupted or very deteriorated significant relationships	
		3	Total separation; no significant relationships	
Residence	RES	0	Single or family residence, self-supporting or at least full self-care (eg, handles own finances)	
		1	Single or family residence, neither self-support nor full self-care	
		2	Structured living in community (eg. boarding house, half-way house) or no regular place of residence	
		3	Institution	
Social contact	SOC	0	No loss	
		1	Mild to moderate decrease in social contacts	
		2	Severe decrease in social contacts	
		3	Total isolation	

PORTLAND ADAPTABILITY INVENTORY

Activities and		Social Behaviour continued	
Self-care	S/C	0	Full self-care - adequate
		1	Self-care - not fully adequate
		2	Partial self-care (more than token efforts)
		3	Needs full care and supervision
Work/school	W/S	0	Same work, different work - same level, different or same work - higher level
		1	Lower level but same general work classification
		2	Much lower level but same work classification or sheltered workshop (including domiciliary programme) or assumes and maintains regular chore schedule at home
		3	Does not work or go to school; idle
Leisure activities	LEI	0	No loss of self-initiated activities
		1	Mild to moderate loss of active pursuits; increase in passive pursuits (eg watching TV, people; drinking coffee)
		2	Severe loss since injury; only passive pursuits
		3	No self-initiated activity ("sits and stares", "sleeps a lot")
Driving	DRI	0	No change
		1	Driving infractions, minor accidents (including self-reports)
		2	Suspended automobile license but continues to drive; accidents involving damage or injury (without lawsuit or hospitalization)
		3	Incapable of driving; does not drive; jailed, sued, or injured because of driving
Law violations	LV	0	None
		1	Misdemeanors (including self-report)
		2	Felony conviction with probation or misdemeanor conviction serves time
		3	Felony conviction serves time
Alcohol	ALC	OA	Nonuse
		OB	Occasional to moderate use (social)
		2	Problem drinking
Drugs	DRC	OA	Nonuse
		OB	Occasional to moderate use (social)
		3	Problem drug use
Appropriate social interaction	ASI	0	Socially appropriate
		1	Infrequent inappropriate behaviour (but more than an occasional faux pas)
		2	Frequent inappropriate behaviour (childish, silly, out-of-place)
		3	Practically complete lack of social awareness

PORTLAND

ADAPTABILITY

INVENTORY

Physical		Capabilities (PC)	
Ambulation	AMB	0	No detectable impairment
		1	Walks unaided but with a limp
		2	Walks with cane, crutches, or walker
		3	Cannot walk even with aids
Use of hands	HND	0	Neither hand impaired
		1	Only nonpreferred hand impaired
		2	Only preferred hand impaired
		3	Impairment of both hands
Sensory status audition		0	No impairment or additional impairment
	AUD	1	Slight impairment relative to premorbid impairment but within socially useful range
		2	Lacks reliable or useful social hearing
		3	Practically deaf
Sensory status vision		0	No impairment or increase in premorbid impairment
	VIS	1	Slight impairment relative to premorbid impairment but does not require glasses or a change in premorbid prescription or to interfere with ordinary activities
		3	Practically blind
Dysarthria	DYS	0	None
		1	Mild - easy to understand
		2	Moderate - difficult for strangers to understand
		3	Severe - incomprehensible or no speech
Aphasia	AP	0	None
		1	Mild - has adequate communication skills for most conversation and practical purposes
		2	Moderate - some communication ability, insufficient for many practical purposes
		3	Severe - insufficient for practical purposes or absent

BYLAAG D

DIAGNOSTIESE VERSLAGKAART - RIGLYN VIR SIELKUNDIGE HULPVERLENING	
AKUTE VERSORGINGSFASE	
HULPVERLENING EN INLIGTING VERSTREK GEDURENDE KIND SE HOSPITALISASIE/DIAGNOSE/EVALUERING:	
NAAM:	MEDICI: MEDISCH HULP PERSOON: SIELKUNDIGE / MAATSKAPLIKE WERKER (BERADINGSKONSULTASIE): SOSIALE NETWERKIN-GRYPING (SIELKUNDIGE):
BEROEP/GD/ST:	
GEBOORTEDATUM:	
OUDERDOM:	
PROBLEEMANALISE IN KLEURKODE:	
* GROEN = Geen Probleem + ORANJE = Matige Probleem - ROOI = Besliste Probleem	
DATUM VAN KONSULTASIE:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	

[illegible]

Samevattende Verslagvorm : Gesin met 'n Breinbeseerde kind

Ondersoekdatum: _____

A. Identifiserende besonderhede

VAN: _____

Name van gesinslede:

Verwantskap	Naam	Kwalifikasie	Beroep	Telefoon (H) (W)	Jaarlikse Inkomste	Ouderdom	Sosiale Verpligtinge
Vader							
Moeder							

Eie woonhuis: Ja ☐ Nee ☐ Grootte van woonhuis: _____m²

Ander (Spesifiseer): _____

Huistaal :	Geboortedatum:
Naam van breinbeseerde:	Kronologiese ouderdom:
	Ouderdom by breinbesering:
Eie of aangenome kind:	Tydperk op kleuterskool:
Ouderdom met skooltoelating:	Gesondheid:
Aantal skole besoek:	Skoolbesoek:
Waar op skool ten tye van breinbesering:	Graad/Std ten tye van breinbesering:
Akademiese prestasies sedert skooltoetrede:	
Buitemuurse bedrywighede:	
Vorige IK bepalings (indien beskikbaar):	Aantal kere gedruip:
Pedagogiese situasie tuis:	

B. Hospitalisasie - historisiteit (onderstreep en lewer kommentaar, met die klem op oop antwoorde waar nodig). (Voltooi B-H vir elke gesinslid.)

1. Hulpverlening en inligting verskaf deur medikus: (Spesifiseer deur wie en lewer kommentaar).

Diagnose/ Prognose/ Realistiese verwagtinge/ Behandeling/
Verduideliking van breinbesering in eenvoudige terme/ Verwysing

2. Hulpverlening en inligting verskaf deur mediese hulppersoneel.
Gee van hoop/ Wys dat hulle omgee/ Op hoogte hou van naas-
bestaandes/ Emosionele ondersteuning.
-
-

3. Hulpverlening en inligting gebied deur beradingskonsultant:
Verduideliking van diagnose/Verduidelik behandeling/Verduidelik
prognose/Realistiese verwagtinge/Inligting oor breinbesering en
breinbeseerde/Emosionele, sosiale, persoonlike ondersteuning/
Finansiële voorligting en beplanning/Verskaffing van name en
adresse van kontakpersone/Hou naasbestaandes op hoogte van
breinbeseerde se toestand/Reël van opvolgafsprake/Gesin se
nakom van opvolgafsprake/Verwysingsadvies/Hulp met besluit-
neming/Inligting oor inrigtings en/of organisasies/Voogdyskap/
Rehabilitasie en die eise aan die gesin/Plasing/Hulpprogramme/
Interpersoonlike verhoudinge.
-
-

C. Funkzioneringsbeeld

D. Fenomeenbeeld

E. Verifiëring en analise

F. Relasie ten opsigte van: (doen waar moontlik een vir elke gesinslid en voeg addisionele bladsye van verslaglewering by.)

i) Relasie met ouers

ii) Relasie met broers/susters en uitgebreide gesin

iii) Relasie met onderwysers

iv) Relasie met maats

v) Relasie met objekte en idees

vi) Relasie met die self

*(Sien aangehegte Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram: Riglyn tot Aksie-vorm

*(Sien aangehegte Beplanning vir 'n hulpverleningsprogram: Riglyn tot Aksie-vorm

[illegible]